



429995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11	4-Data de Autorização 06/11/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8098817	7-Data Validade da Sentença 12/08/12
8-Número de Carteira 000202523237100004606	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL RODRIGUES DA CRUZ	28/03/2014	14-Telefone (41) 91928616455	15-Nome do titular do plano JOICIMAR CORDEIRO DA CRUZ		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operação / CNU / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchisa/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1	0	81000065										
2		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/11/12/11/2011
Dra. KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
CRO-KM 4114

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/11/12/11/2011
Dra. KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
CRO-KM 4114

52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
05/11/12/11/2011
Joicimar Cordeiro da Cruz

53-Data, local e Carimbo de Empresa
05/11/12/11/2011