



548607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011 4-Data de Autorização 13/05/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8577570 7-Data Validade da Senha 11/05/2011

8-Número da Carteira 10020202521168300008202021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO 11-Data Validade da Carteira 11/05/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARLON SILVA 21/05/1980 14-1 Faltas (21) 340617506 15-Nome do titular do plano JACIARA LETTE GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Societário FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-Número no CRO 20497 19-UF RJ 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1020577107619 22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 27-Número no CRO 20497 28-UF RJ 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-AUI	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0,00			13/05/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento 2-Estima Radiológica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Tela 2-Faltas 46-Tela Quantidade US 3400 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Tela Fatura / Co-participação R\$

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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/05/2011 Dr. Fabiano Martins 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/05/2011 Dr. Fabiano Martins 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/05/2011 Jaciara Lette Garcia 53-Data, local e Assinatura da Empresa: 13/05/2011 Odontolife