



346016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/07/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736745	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002022526867800027601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE VASCONCELOS SOUZA		14-Telefone 16/02/1993	15-Nome do titular do plano FELIPE VASCONCELOS SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/08/2012		Felipe
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/08/2012		Felipe
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	10/08/2012		Felipe
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/08/2012		Felipe
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/08/2012		Felipe
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 67,60	48-Total Franquia - 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, 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 10/08/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/08/2012 Felipe	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2012
--	--	--	---