



1424620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 14:23		4-Data de Autorização 12/05/10 14:23		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11144279		7-Data Validade da Senha 12/04/10 17:23	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10102021545093000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carteira				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome ALINE SANTOS DE FREITAS			
14-Telefone				15-Nome do titular do plano ALINE SANTOS DE FREITAS				16-Atendimento a RN ODONTO NEWS MACAPA			
17-Nome do Profissional Solicitante N				18-Número no CRO 433				19-UF AP			
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1198980360000162				21-Código do Contratado Executante KEF FAVACHO				22-Nome do Contratado Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO			
23-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO				24-UF AP				25-Código CBO S 9999999			
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO				27-Número no CRO 433				28-UF AP			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Registo		34-Face		35-Qtd	
1-010181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		00		37-Valor	
2-										38-Franquia/Co-participação R\$	
3-										39-Aut	
4-										40-Data de Realização	
5-										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6-										43-Valor Total R\$	
7-										44-Total Franquia / Co-participação R\$	
8-										45-Total Quantidade US	
9-										46-Total Quantidade US	
10-										47-Valor Total R\$	
11-										48-Total Franquia / Co-participação R\$	
12-										49-Observação	
13-										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
14-										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
15-										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

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), foram realizados 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
Kelson E. F. Favacho
CIRURGIÃO - DENTISTA
~RQ - AP 433

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/05/10 14:23
Kelson E. F. Favacho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/05/10 14:23
Kelson E. F. Favacho

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/05/10 14:23
Aline Santos