



394636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 14/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953124	7-Data Validade da Senha 11/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530682900001501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVIX ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRE BARRETO DE PAULA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ANDRE BARRETO DE PAULA FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número na CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 5 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número na CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número na CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO 5	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Fam	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/2012		[Assinatura]
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia e 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) acima, e por mim assinado(s), foram 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-Considerações	50-Data, Local e Assinatura do Dentista YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 26/10/2012
------------------	--	--	---	---