



345061
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/07/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7733048	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		14-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
2-Número da Carteira 00202521505900001301		13-Endereço POS REDE PRESTADORA			
13-Nome VASTI ALVES DA SILVA		14-Telefone (61) 2026-8573		15-Nome do titular do plano VASTI ALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRC 4992		19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
18-Atividade a ser realizada N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA				
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 611128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRC 4992	24-UF DF	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRC 4992		28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Région	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0000				13/08/2012		Vasti Alves da Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 3400	47-Valor Total R\$ 000	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 Beneficiário ou Responsável 13/08/2012 Vasti Alves da Silva	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 13/08/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 13/08/2012 Vasti Alves da Silva	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável / /
---	--	---	--