



343269
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2014	4-Data de Autorização 14/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723429	7-Data Validade da Senha 20/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521336500049203		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA LUIZA MONTEIRO SARDINHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENAN RAMALHO SARDINHA
--	----------------------	---

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 da Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			14/08/2014		<i>[Assinatura]</i>
2-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/08/2014		<i>[Assinatura]</i>
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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2014 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2014 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/2014 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/08/2014 <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	--