



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/7/11 12/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8153404	7-Data Válida de Será 11/7/10 13/12/11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

442658
INTERCÂMBIO

8-Número da Central 000202021505087100032502	9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JUNTO SEGUROS S.A.	11-Data Válida de Será 11/11/11	12-Número de Contrato Nacional de Saúde
13-Nome WILTON CORREA	28/01/1970	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano KATIA SIMONE DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 9461	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código de Operadora / CNPJ / CPE 232301126653	22-Nome do Contratado Especialista GILBERTO ANTONIO SILVA	23-Número no CRO 9461	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405
26-Nome do Profissional Especialista GILBERTO ANTONIO SILVA	27-Número no CRO 9461	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Janela	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-Método da Clínica de Assessoria
1-0	0	8	1	0	0	1	4	0	5		
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

42-Data Prescrição Termino do Tratamento 11/7/11	43-Tipo do Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela	45-Total Quantidades US 178,00	46-Valor Total R\$ 10,00	47-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 a autorização 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/7/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura Beneficiário / Responsável 11/7/11	53-Data, local e Assinatura do Emprego 11/7/11
--	---	---	---