



413776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11/11/2011	4-Data de Autorização 10/09/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031161	7-Data Validade da Senha 10/04/11/02/11/2011
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 100202511178100009501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO DE ABREU SOUZA BORGES		14-Telefone 06/05/1985	15-Nome do titular do plano DIEGO DE ABREU SOUZA BORGES		

16-Alteramento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na 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 B		

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 Glória	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	13/11/2011		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	13/11/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/11/2011	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 Quantizado US 1220,00	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(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 Profissional Solicitante 13/11/2011 - Taguatinga - DF - 4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 13/11/2011 - Taguatinga - DF - 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011 - Taguatinga - DF - 4992	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2011 - Taguatinga - DF - 4992
--	---	--	--