



548946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/21/05/12/11	4-Data de Autorização 11/21/05/12/11	5-Serão AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8578725	7-Data Validade da Serão 11/01/08/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202521336500049202	9-Plan POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELEN VALENCA MONTEIRO SARDINHA		14-Telefone 09/02/1987	15-Data de Emissão do plano RENAN RAMALHO SARDINHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio e 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 6111282011100	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-Tabella	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 Guisa 42-Assinatura
1	00853000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/21/05/12/11	[Assinatura]
2	00853000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/21/05/12/11	[Assinatura]
3	00853000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/21/05/12/11	[Assinatura]
4	00853000417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/21/05/12/11	[Assinatura]
5	00810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/21/05/12/11	[Assinatura]
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Dia de Realização do Tratamento 11/21/05/12/11	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 117,80	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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 11/21/05/12/11 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/05/12/11 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/05/12/11 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/21/05/12/11
---------------	--	--	--	--