



470114
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2012	4-Data de Autorização 01/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8268526	7-Data Validade de Semra 01/05/2015
Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 01/02/2015			
8-Número da Carteira 010202150739440100318011		9-Setor POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO MARCOS BATISTA DE SOUZA MACIEL		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOAO MARCOS BATISTA DE SOUZA MACIEL		
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 06/10/1987					
16-Acordamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIDENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO B 01	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 06112820111010111		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNEB
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-Descrição	34-Face	35-Cx	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mês/Ano de Realização	42-Assinatura
1-	010181010101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	31410101	010101			06/02/2012		Maciel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/02/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 31410101	47-Valor Total R\$ 010101	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$
49-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					

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.

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 01/02/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 01/02/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/2012 Maciel	53-Data, local e Assinatura de Intermediária 01/02/2012
--	---	--	--