



479335
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Serata AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8307765	7-Data Validação da Serata 11/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020202501781190102528021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIOVANNA LOPES DOS SANTOS		14-Telefone (81) 8555518308	15-Nome do titular do plano NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA	
		31/07/2007		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 161112820110101	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Contratado YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	010810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
2	0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
3	0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
4	0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
5	0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	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 174,00	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

YEDA ALMEIDA RODRIGUES		YEDA ALMEIDA RODRIGUES	
50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 11/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 11/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11