



335122
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/07/2017	4-Data de Autorização 13/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686622	7-Data Validade da Senha 10/05/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529185800000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome ANA LAURA DA COSTA LIRA		14-Telefone 15/12/1998	15-Nome do titular do plano ANA LAURA DA COSTA LIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RA N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		18-Número na CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CFP 61128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número na CRO 4992	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número na CRO 4992		28-UF DF	29-Código CBO S

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 Glisa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			28/10/2017		Ald
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			28/10/2017		Ald
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			04/10/2017		Ald
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			04/10/2017		Ald
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	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, a 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.

49-Observações	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2017 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4002	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2017 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2017 Ana Laura da Costa Lira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /