



409483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 10/3/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014918	7-Data Validade da Senha 12/9/10/1/21
8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1
12-Número da Carteira Nacional de Saúde		13-Nome ANA CLARA CARVALHO DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111	
15-Nome do titular do plano SANDRO CARVALHO ROCHA		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	
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-UF DF	
27-Número no CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		025 - Faturar Empresa			

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 Causa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
3	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
4	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
5	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
6	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
7	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85	1	1	73,00	0,00	0,00	S	03/11/2012		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data e Hora de Emissão da Guia 03/11/2012	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 511,00	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/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-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1