



476325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012		4-Data de Autorização 18/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8297044		7-Data Validade da Senha 13/10/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025351129000000106				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VICTOR MIGUEL SILVA GOMES LOPES						14-Telefone () - - - -		15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES			
16-Aliamento e RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ODDONTEND TAGUATINGA		18-Número no CRO 4992		19-UF DF	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611282001100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992		24-UF DF		25-Código CHES (I) 85100218 (II) 85100200		025 - Faturar Empresa Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante 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-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OMD	1	12200	0,00			25/02/11	YEDA ALMEIDA RODRIGUES
2-	0018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	84	MD	1	8800	0,00			25/02/11	YEDA ALMEIDA RODRIGUES
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data de Emissão do Tratamento 25/02/11		44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 121000		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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), estiver(em) 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 YEDA ALMEIDA RODRIGUES YEDA ALMEIDA RODRIGUES											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/11		53-Data, local e Carimbo de Empresa					