



464993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2014	4-Data de Autorização 10/08/2014	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 464993	7-Data Validade de Semina 21/08/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020253511290000001001006	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 10/07/2014	15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número na CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 8 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01112820111001	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número na CRO 4992	24-UF DF	25-Código QNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número na CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO 8		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qts	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Ocorrência	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Assinatura
2-	00814000080	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7,00	0,00					Assinatura
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 Quilômetros US 108,00	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 a 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 espontânea. 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

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Responsável 21/08/2014 Taguatinga CRO DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 21/08/2014 Taguatinga CRO DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 21/08/2014 Taguatinga CRO DF 4992	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/2014 Taguatinga CRO DF 4992
--	--	--	--