



1457167
INTERCÂMBIO

Registro ANS 108414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2013	4-Data de Autorização 22/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11238433	7-Data Validade da Senha 17/10/2013
Idos do Beneficiário					
Número da Carteira 0020255684980000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
1-Nome LENILDA DOS SANTOS RODRIGUES		14-Telefone 27/09/1952	15-Nome do titular do plano LENILDA DOS SANTOS RODRIGUES		
Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN V	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2886337773	22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		27-Número no CRO 49761	28-UF RJ	29-Código CBO S	
30-ano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

31-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 Glosa	42-Assinatura
0	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
0	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00		S	/ /		
0	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	/ /		
0	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
0	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
0	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
0	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
1										/ /		
1										/ /		
0										/ /		
1										/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		

43-Data Previsão 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 Quantidade US 424,00	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 Solicitante 18/10/2013 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2013 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2013 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2013 [Carimbo]
--	--	--	---

Dr. Diogo R. Araujo
CRO-RJ 49761
Cirurgião Dentista