



484715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330403	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020253549111000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAROLINE MORAIS DE FARIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KAROLINE MORAIS DE FARIAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CHES	
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-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
7-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
8-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
9-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
10-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
11-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
12-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
13-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
14-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
15-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1
33-Data, local e Assinatura do Tratamento 04/11/2012	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 178,00	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(ram) 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 04/11/2012 CRO-DF-4992 YEDA ALMEIDA RODRIGUES					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2012 CRO-DF-4992 YEDA ALMEIDA RODRIGUES					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2012 Karoline Moraes de Farias					
53-Data, local e Carimbo de Empresa					