



491628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 01/01/2013	4-Data de Autorização 11/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8358295	7-Data Vencida de Semra 02/01/2013
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Cadastro / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0101202534290101000101	9-Idade POS REDE PRESTADORA			

13-Nome MARILENE PEREIRA DE SOUSA	14-Idade 26/10/1979	15-Nome do titular do plano MARILENE PEREIRA DE SOUSA
--------------------------------------	------------------------	--

16-Identificação de RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-----------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 02811303821171	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência
1	01018510102010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	8181010	01010	01010	01010	17/03/2013	marilene
2										17/03/2013	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/03/2013	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 8181010	47-Valor Total R\$ 01010	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 e cumprindo 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 17/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 17/03/2013	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	--	-------------------------------------

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentária
CRO-DF 13156

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentária
CRO-DF 13156