



476322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/02/2011		4-Data de Autorização 18/02/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8297042		7-Data Validação da Senha 13/03/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202535111290000010106				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-Academismo e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número do CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número do CRO 4992		24-UF DF		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES				27-Número do CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1	000851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	53	VM	1	88000000000000000000	00000000000000000000			12/02/2011	
2	000851001960	RESTAURAÇÃO RESINA	63	V	1	61000000000000000000	00000000000000000000			12/02/2011	
3	000851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88000000000000000000	00000000000000000000			12/02/2011	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data, local e Assinatura do Contratado		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 237000		47-Valor Total R\$ 000000		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											
YEDA ALMEIDA RODRIGUES Cirurgião Dentista											
YEDA ALMEIDA RODRIGUES											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/2011 CRO-DF-4992		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/02/2011 CRO-DF-4992		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2011 Antonio P. G. da		53-Data, local e Carimbo da Empresa					