



476701
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autorização 11/03/2012	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298363	7-Data Válida da Senha 11/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202025314212101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TABATA KLEIN ROCHA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TABATA KLEIN ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODDODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201011010	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
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-Cliente/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
1-	0101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,80	0,00	0,00		11/03/2012		x Tabata
2-	0101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,80	0,00	0,00		11/03/2012		x Tabata
3-	0101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,80	0,00	0,00		11/03/2012		x Tabata
4-	0101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,80	0,00	0,00		11/03/2012		x Tabata
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 11/03/2012	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 35,20	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.

Observação

YEDA ALMEIDA RODRIGUES		YEDA ALMEIDA RODRIGUES	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2012 CRO DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2012 CRO DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2012 x Tabata Klein.	53-Data, local e Carimbo de Empresa