



400797  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978621	7-Data Validade da Senha 19/11/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253251740000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone 05/11/1991	15-Nome da Titular do plano MARIA DE FATIMA FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
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 CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

025 -  
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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 Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		X Maria F
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		X Maria F
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		X Maria F
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	03/11/20		X Maria F
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		X Maria F
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 03/11/20	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.

19-Conservação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 03/11/2012 CIRCEGILIO DENTISTA CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 03/11/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/11/2012 Maria de Fatima	53-Data, local e Centro da Empresa / /
---	---	---	---