



1431952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/19/01/42	4-Data de Autorização 10/12/01/52	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11165447	7-Data Validade da Senha 12/18/01/72
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020255656940000010	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIA MARTA RODRIGUES DE MESQUITA		14-Telefone 05/04/1977	15-Nome do titular do plano ANTONIA MARTA RODRIGUES DE MESQUITA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12886337773	22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		27-Número no CRO 49761	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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 Glosa	42-Assin
1	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/12/03		
2	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00			10/12/03		
3	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			10/12/03		
4	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			10/12/03		
5	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			10/12/03		
6	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			10/12/03		
7	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VM	1	88,00	0,00			10/12/03		
8	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/12/03		
9	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/12/03		
10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/12/03		
11	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/12/03		
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 583,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 pr 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, 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 06/11/03 12/12/03	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/03 12/12/03	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/03 12/12/03	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/03 12/12/03
--	--	--	--

Dr. Diogo R. Araujo
CRO RJ 49761
Cirurgião Dentista