



489667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 01/03/2011	6-Data de Autorização 01/03/2011	8-Série AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 8350363	7-Data Validade da Série 01/03/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 01/03/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10-Número da Carteira 01020252886980000101011		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do plano IRANY ARAUJO DE SOUSA	
13-Nome IRANY ARAUJO DE SOUSA		12/12/1979			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número do CRO 12547		19-UF DF	20-Código CBO S	325 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		23-Número do CRO 12547		
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 0156111359167		22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		24-UF DF	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		27-Número do CRO 12547		28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Contratado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Morfo de Clínica	42-Assinatura
1-0108110000165		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10				01/03/2011		
2-010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				01/03/2011		
3-010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				01/03/2011		
4-010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				01/03/2011		
5-010853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				01/03/2011		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 01/03/2011	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 178,10	47-Valor Total R\$ 01,00	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(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-Conservação	
----------------	--

50-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável 01/03/2011 Dra. Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	51-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável 01/03/2011 Dra. Isadora Barreira da Rocha CRO-DF 12547	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/03/2011 Irany Araujo de Sousa	53-Data Local e Assinatura do Operador 01/03/2011
--	--	---	--