



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21P

460077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/01/2012	4-Data de Autorização 27/01/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8224356	7-Data Validade da Serção 22/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025343746000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA GABRIELLY NUNES MOREIRA		14-Telefone 16/08/2004	15-Nome do titular do plano SUELEM NUNES DE ARAUJO		
Dados da Contratadora 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 I 01	026 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611126201100	22-Nome do Contratado Exequente YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CBO II	
26-Nome do Profissional Exequente YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO I	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Prêmio/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,000			22/01/2012	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,000			22/01/2012	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,500	0,000			22/01/2012	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,500	0,000			22/01/2012	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pacotamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,000	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Prêmio / 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 a pagar os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 este 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	50-Data, local e Assinatura do Contratado Exequente 22/01/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/01/2012 BRUNA GABRIELLY NUNES MOREIRA	52-Data, local e Assinatura da Empresa 22/01/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA
---	---	--	---