



478327
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2011	4-Data de Autorização 11/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8303324	7-Data Validade da Senha 11/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025341817010101010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PEDRO HENRIQUE PEREIRA CALDAS		14-Telefone 05/05/2014	15-Nome do titular do plano ERICA FRANCISCA PEREIRA CAMPOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015611135911617	22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	23-Número no CRO 12547	24-UF DF	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	27-Número no CRO 12547	28-UF DF	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolagem	34-Face	35-Cid
1-0101811010101065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-010181410101010910		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
1341010				11/02/2011	x Erica
1721010				11/02/2011	x Erica
43-Data Preenchimento do Tratamento 11/02/2011					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 10161010	47-Valor Total R\$ 01010
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.					
49-Observação					
Dr. Isadora Barreira da Rocha					
50-Cópia, local e Assinatura do Acarado-Dentista Solicitante 11/02/2011	51-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2011	52-Cópia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2011	53-Cópia, local e Assinatura da Empresa 11/02/2011		