



463621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2011	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241083	7-Data Validade da Senha 27/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número de Cartão 0002020534876500000001001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO MARIO DA SILVA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO MARIO DA SILVA		
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 05/10/1988					
16-Alimentação 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 6111282011100			22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF
25-Código CNES			26-UF DF	27-Número no CRO 4992	
28-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES			29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabuleiro	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 de Cancelamento	42-Assinatura
1-00018530000475		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			02/11/2012		Francisco
2-00018530000477		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			02/11/2012		Francisco
3-00018530000477		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			02/11/2012		Francisco
4-00018530000477		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			02/11/2012		Francisco
5-00018530000477		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			02/11/2012		Francisco
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista do Tratamento 02/11/2012	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\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 02/11/2012 Taguatinga - Dentista CRO-DF 4992 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/11/2012 Taguatinga - Cirurgião Dentista CRO-DF 4992 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012 Taguatinga - Francisco 53-Data, local e Cartão de Empresa / /			