



465919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/01/2011	4-Data de Autorização 02/11/2011	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8251368	7-Data Validação de Serinha 03/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002021535150800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validação da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULIANA DA ROCHA DOS SANTOS		14-Telefone 11/01/1990 () - - - - -		15-Nome do titular do plano JULIANA DA ROCHA DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número no CRO 4992	
19-UF DF		20-Código CBO S 01		205 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611282001100		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-UF DF		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES					

30-Descrição	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-Assinatura
1-0002021535150800000101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03/01/2011		x Juliana
2-0002021535150800000101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03/01/2011		x Juliana
3-0002021535150800000101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03/01/2011		x Juliana
4-0002021535150800000101	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03/01/2011		x Juliana
5-0002021535150800000101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	03/01/2011		x Juliana
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 03/01/2011	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 Cirurgião-Dentista
03/01/2011 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/01/2011 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/01/2011 x Juliana da Rocha dos Santos

53-Data, local e Carimbo da Empresa