



463623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/11 11/21	4-Data de Autorização 02/11/02 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241084	7-Data Validade da Senha 27/10/11 11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534876500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CARLA OLIVEIRA FILHO	14-Telefone 15/11/1991	15-Nome do titular do plano FRANCISCO MARIO DA SILVA
---------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado 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 S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100011	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Autorização
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/11/11		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/11/11		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/11/11		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/11/11		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/11/11		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Emissão / Assinatura do Profissional 02/11/11	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 criei o 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dente, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/11/11 Yeda A. Rodrigues CRO-DF 4992	51-Dente, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/11/11 Yeda A. Rodrigues CRO-DF 4992	52-Dente, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/11/11 Francisco M. da Silva	53-Dente, local e Cópia de Empresa
--	--	--	------------------------------------