



493502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/08/2013	4-Data de Autorização 11/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8364827	7-Data Validade da Senha 06/08/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002021535964000000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA AMELIA PEREIRA COELHO			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA AMELIA PEREIRA COELHO	
Data do Contrato Resposável pelo Tratamento 28/02/1984					

16-Aliamento 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 61112820111001	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	

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 da Glosa	42- Assinatura
1	000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/03/2013		Amelia
2	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/03/2013		Amelia
3	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/03/2013		Amelia
4	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/03/2013		Amelia
5	000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/03/2013		Amelia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/03/2013	44-Tipo de Aliamento 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/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 esse 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	YEDA ALMEIDA RODRIGUES Cirurgião-Dentista
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/2013 DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 01/03/2013 DF 4992
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/2013 Amelia	53-Data, local e Carimbo de Empresa