



350242
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/2012	4-Data de Autorização 06/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7756879	7-Data Validade da Senha 01/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253064830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA ALVES GUIMARAES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA ALVES GUIMARAES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS	18-Número no CRO 42998	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14854222727	22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS	23-Número no CRO 42998	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		27-Número no CRO 42998	28-UF RJ	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	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/08/2012		
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/08/2012		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/08/2012		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/08/2012		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/08/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 no 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 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 Solicitante 06/08/2012 Dra. Ingrid Tranhaque Santos CRO RJ 42998	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/2012 Dra. Ingrid Tranhaque Santos CRO RJ 42998	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2012 Ana Paula Alves Guimarães	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA - ME
---------------	---	---	---	---