



466328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 01/02/2011	4-Data de Autorização 01/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6253059	7-Data Válida da Senha 02/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020253408080000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROMULO DOS SANTOS MORAES		14-Telefone 31/01/1978	15-Nome do titular do plano ROMULO DOS SANTOS MORAES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4892	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61121282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4892	24-UF DF	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4892	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 Class	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21		1	61,00	0,00		S	09/02/2011		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22		1	61,00	0,00		S	09/02/2011		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11		1	61,00	0,00		S	09/02/2011		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 o 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-Cópia, Assinatura e Carimbo do Contratado Responsável pelo Tratamento <i>YEDA ALMEIDA RODRIGUES</i> CRO-DF-4892	51-Cópia, Assinatura e Carimbo do Beneficiário / Responsável <i>Yeda Almeida Rodrigues</i> CRO-DF-4892	52-Cópia, Assinatura e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---