



490800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/03/2013		4-Data de Autorização 10/03/2013		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8355195		7-Data Válida de 5 em 5 10/03/2013					
Dados do Beneficiário:															
8-Número da Carteira 00202535463000000102				9-Endereço POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Válida de 5 em 5 / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIEGO JOSE SALLES DA SILVA				14-Idade 21/08/1987				15-Nome do Tutor do plano JOSE PIO DA SILVA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:															
16-Endereço e RN N				17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA				18-Número no CRO 13156		19-UF DF		20-Código CBO S		205 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 028130182171				22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA				23-Número no CRO 13156		24-UF DF		25-Código CHES			
26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA				27-Número no CRO 13156				28-UF DF		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
33-Tabela	31-Códigos do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura			
1	00810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA				134100	0,10			10/03/2013	2A				
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			136100	0,10			10/03/2013	2A				
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			136100	0,10			10/03/2013	2A				
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			136100	0,10			10/03/2013	2A				
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			136100	0,10			10/03/2013	2A				
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Final do Tratamento 10/03/2013		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 11718,00		47-Valor Total R\$ 0,10		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), 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															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2013															
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2013															
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/03/2013															
53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/03/2013															

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentista
CRO-DF 13156

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentista
CRO-DF 13156