



373453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662210	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531825300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JHONY SANTOS SOUZA		14-Telefone 31/10/2007	15-Nome do titular do plano WASHINGTON JESUS SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento 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 61128201100	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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/11/2012		Assinado
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			12/11/2012		Assinado
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			12/11/2012		Assinado
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			12/11/2012		Assinado
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			12/11/2012		Assinado
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Tratamento 12/11/2012	44-Tipo de Alinhamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Responsável 12/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
CRO-DF-4992

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
CRO-DF-4992

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
CRO-DF-4992

Santo Silva