



450814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/12	4-Data de Autorização 14/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183502	7-Data Validade da Senha 11/10/12
8-Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Número da Carteira 00202533928000000101		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome LUCIMARIA MILHOMEM CARNEIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUCIMARIA MILHOMEM CARNEIRO	
		17/03/1984			

16-Atendimento 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					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QS1	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		S	15/10/12		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/12		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/12		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/12		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/12		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Validade do Tratamento 15/10/12	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/12 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/12 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/12 Lucimaria M. CRO-DF 4992	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------