



376040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 07/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874218	7-Data Validade da Senha 14/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252988190000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO GABRIEL SOUSA BRAGA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA	18-Número no CRO 5783	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26812418803	22-Nome do Contratado Executante JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA	23-Número no CRO 5783	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA		27-Número no CRO 5783	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		S	10/11/2011		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	10/11/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 95,00	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 10/11/2011 Dra. Janaina G. Pereira Bezerra Especialista em Periodontia CRO - DF 5783 IE 3611	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011 Dra. Janaina G. Pereira Bezerra Especialista em Periodontia CRO - DF 5783 IE 3611	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/2011 Thays de Sousa Lima Braga	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--