



484960
 INTERCÂMBIO

1-Registro AIB 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/5/11 012/11 211	4-Data de Autorização 11/2/11 013/11 211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331463	7-Data Validade de Sema 21/6/11 015/11 211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102012530686800000101021	9-Idade POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STHEFANY PEREIRA DA SILVA		14-Data 26/01/2005	14-1-Idade (11) 993418608	15-Nome do Truér no plano ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento à RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 01281131081211711111	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNE5	
26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA		27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										30-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Ocorrência
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ordem/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor						
1-0101851100119161		RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61100	01010					11/2/11	Roxilina
2-0101851100119161		RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	01010					11/2/11	Roxilina
3-0101851100119161		RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61100	01010					11/2/11	Roxilina
4-0101851100119161		RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61100	01010					11/2/11	Roxilina
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/2/11 013/11 211	44-Tipo de Aliamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 21414,00	47-Valor Total R\$ 10100	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.

19-Observação

50-Local, Local e Assinatura do Contratado/Responsável 11/2/11 013/11 211	51-Local, Local e Assinatura do Contratado/Responsável 11/2/11 013/11 211	52-Local, Local e Assinatura do Contratado/Responsável 11/2/11 013/11 211	53-Local, Local e Assinatura do Contratado/Responsável 11/2/11 013/11 211
--	--	--	--

Dra. Camila Soares
 Cirurgião Dentista
 CRO-DF 13156

Dra. Camila Soares
 Cirurgião Dentista
 CRO-DF 13156