



490473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/03/2012	4-Data de Autorização 08/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359831	7-Data Validade da Senha 01/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020202536153100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARTINS SANTOS GONCALVES DA SILVA	14-Telefone () 91711-41158	15-Nome do Titular do plano ALYNE LUIZA SOUTO PEREIRA
--	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 Operação / CNPJ / CPF 81112820111001	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-Tabule	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Guia	42-Assinatura
1-010	8110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/03/2012		<i>[assinatura]</i>
2-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/03/2012		<i>[assinatura]</i>
3-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/03/2012		<i>[assinatura]</i>
4-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/03/2012		<i>[assinatura]</i>
5-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/03/2012		<i>[assinatura]</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 08/03/2012	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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 e 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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/2012 - <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 08/03/2012 - <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 08/03/2012 - <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--	--