



396770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962141	7-Data Validade da Senha 13/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025327900000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRE ALVES PEREIRA			14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano ELIANE MACHADO LOPES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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
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

025 -
Faturar Empresa

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 Omissão	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
6	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/11/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 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(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 15/11/2012 Dra. Yeda A. Rodrigues CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 Dra. Yeda A. Rodrigues CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012 Eliane Machado Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------