



416306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8041751	7-Data Validação da Senha 09/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202532790000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELIANE MACHADO LOPES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANE MACHADO LOPES
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aciolimento e 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	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	----------------	---

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-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 Cliqua	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00	0,00		S	21/01/2012		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00		S	21/01/2012		
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	17/12/2011		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00	0,00		S	17/12/2011		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/2012	44-Tipo de Aciolimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 325,00	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 Profissional Solicitante 21/01/2012 Cirurgião-Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 21/01/2012 Cirurgião-Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/01/2012 Eliane Machado Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--