


396767
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2015	4-Data de Autorização 15/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962095	7-Data Validez da Senha 13/01/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532790000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MOISES ALVES LOPES			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 CRO S 01
21-Código de Operadora - CNPJ / CEP 611126201100		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 CRO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	15/11/2015		
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/11/2015		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/11/2015	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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que sou o(a) devidamente esclarecido(a) 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 15/11/2015 Cirurgiã-Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2015 Cirurgiã-Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2015	53-Data, local e Contributo da Empresa 15/11/2015
---	---	---	--