



437808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132045	7-Data Validade da Senha 09/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533320900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLY DE SOUSA ARAUJO		14-Telefone 16/05/2012	15-Nome do titular do plano JANILOE DA SILVA LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento 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
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100218

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 Oclusão	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	MO	1	188,00	0,00		S	16/11/2012		<i>[Assinatura]</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	V	1	61,00	0,00		S	16/11/2012		<i>[Assinatura]</i>
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	84	DOL	1	122,00	0,00		S	16/11/2012		<i>[Assinatura]</i>
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	11/01/2013		<i>[Assinatura]</i>
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	11/01/2013		<i>[Assinatura]</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2013	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 393,00	47-Valor Total R\$ 249,34	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 Cirurgião Dentista Solicitante 11/01/2013 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/01/2013 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2013 Janiolo CRO DF 4992	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------