



471513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/02/2011	4-Data de Autorização 09/02/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8275349	7-Data Validade de Série 07/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253492660000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELAINE CRISTINA DE JESUS SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA DE JESUS SILVA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 611282011100	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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/2011		Elaine
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/2011		Elaine
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/2011		Elaine
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/02/2011		Elaine
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/2011		Elaine
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 03/02/2011	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 178,00	47-Valor Total R\$ 64,64	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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 03/02/2011 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 03/02/2011 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/2011 Elaine	53-Data, local e Cálculo da Empresa 03/02/2011
--	--	--	---