



429759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 02/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8097850	7-Data Validade da Senna 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253258090000101	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEOVA ALEXANDRE BORGES DA SILVA	14-Data de Nascimento 15/12/1996	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEOVA ALEXANDRE BORGES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO 5	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02813082171	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO 5		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61,00	0,00		S	02/12/2012		2000
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VDL	1	22,00	0,00		S	02/12/2012		2000
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/12/2012	44-1º de Atendimento 1-Transiente Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/2012 Dra. Camila Soares Cirurgiã-Dentista CRO-DF 13156 Exon	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 02/12/2012 Dra. Camila Soares Cirurgiã-Dentista CRO-DF 13156 Exon	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2012 JEOVA ALEXANDRE BORGES DA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/2012
--	--	--	---