



398937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7970375	7-Data Validade da Guia 17/11/2012
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 000202532527300000101			10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JOELSON ROSA DE OLIVEIRA			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOELSON ROSA DE OLIVEIRA	
16-Data do Contratado Responsável pelo Tratamento 06/08/1991					
17-Endereço a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TÁGUATINGA				
19-Código da Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	20-Nome do Contratado / Exceção YEDA ALMEIDA RODRIGUES		21-Número no CRO 4992	22-UF DF	23-Código CBO 5 01
24-Nome do Profissional Contratado YEDA ALMEIDA RODRIGUES			25-Número no CRO 4992	26-UF DF	27-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

28-Tabela	29-Código do Procedimento	30-Descrição	31-Dentista	32-Face	33-Cat	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franchia/Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Moeda da Guia 42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	21/11/2012	JOELSON
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		S	21/11/2012	JOELSON
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		S	21/11/2012	JOELSON
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		S	21/11/2012	JOELSON
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00		S	21/11/2012	JOELSON
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data de Início do Tratamento 21/11/2012	44-1 por dia de atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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) em 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-Assinatura YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 21/11/2012 JOELSON ROSA DE OLIVEIRA	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2012 JOELSON ROSA DE OLIVEIRA	52-Data, local e Contribuição da Empresa 11/11/11
--	--	--	--