



419319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054580	7-Data Validade da Senha 11/11/2011
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202533316500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome CACILDA RIBEIRO QUEIROZ			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do Plano CACILDA RIBEIRO QUEIROZ	
16-Data de Nascimento 28/07/1983					

16-Endereço a 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 da Operadora - CNPJ / CPF 611282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/11/2011		Cacilda
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/11/2011		Cacilda
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/11/2011		Cacilda
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/11/2011		Cacilda
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/11/2011		Cacilda
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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(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			
YEDA ALMEIDA RODRIGUES CIRURGIÃO DENTISTA CRO-DF 4992 18/11/2011			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
18/11/2011		18/11/2011 Cacilda R. Queiroz	
52-Data, local e Assinatura da Empresa		53-Data, local e Assinatura da Empresa	
18/11/2011		18/11/2011	