



412131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 06/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8024786	7-Cota Validade da Senha 03/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
10-Nome do Beneficiário JEVOA ALEXANDRE BORGES DA SILVA		14-Idade 15/12/1996	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do Plano JEVOA ALEXANDRE BORGES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4992		19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	23-Número no CRO 4992		24-UF DF	25-Código CNES	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 611128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		28-UF DF		29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Facim	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/11/2010		Leiva
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/11/2010		Leiva
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/11/2010		Leiva
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/11/2010		Leiva
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/11/2010		Leiva
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/2010	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\$ 0,00	48-Total Franquia e 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 salutar. 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 Profissional Assistente 06/11/2010 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Executante 06/11/2010 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2010 Leiva	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 06/11/2010
--	--	---	---