



485653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 21/05/2012	4-Data de Autorização 04/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8334443	7-Data Validade da Senha 21/05/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102021535111290101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAINARA PEREIRA GOMES LOPES		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161128201110101			22-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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	010853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/03/2012		Thainara
2-	010853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/03/2012		Thainara
3-	010853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/03/2012		Thainara
4-	010853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/03/2012		Thainara
5-	010811010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	0,00			21/03/2012		Thainara
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição do Tratamento 21/03/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 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 / 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	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/03/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/03/2012 Thainara P. G. Lopes CRO-DF-4992
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/03/2012 Thainara P. G. Lopes	
53-Data, local e Cartão da Empresa	