



463490
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão de Guia 27/01/2012	4-Data de Autorização 29/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8240558	7-Data Validade da Senha 27/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 000202534920600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DAVI MENDES MENEZES	14-Telefone 03/05/2012	15-Nome do Usuário do plano SUELLEN FERNANDA DE SOUSA MENDES MENEZES
--------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Anciamento e 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 na Operadora / CNPJ / CPF 611282011001	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
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Assinatura
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	6100	000			02/02/2012		
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	6100	000			02/02/2012		
3-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	6100	000			02/02/2012		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/02/2012	44-Tipo de Ancionamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 18300	47-Valor Total R\$ 0000	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, 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-Consideração

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 02/02/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/02/2012 Suellem Fernanda	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------