



350382
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/108/1/210	4-Data de Autorização 10/3/108/1/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757620	7-Data Validade da Senha 10/1/11/1/210
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202531047300000101	9-Tipo de Beneficiário POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA CAROLINE RODRIGUES DE MATOS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano VITORIA CAROLINE RODRIGUES DE MATOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-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 Gesso	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	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/Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 a 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 04/08/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 04/08/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário ou Representante 04/08/2020 VITORIA CAROLINE RODRIGUES DE MATOS	53-Data, Local e Assinatura do Profissional Executante 04/08/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992
--	--	--	---