



482554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/02 12/11/21	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8319355	7-Data Validade da Senha 12/13/10 15/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012020535111290101010105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIA PEREIRA GOMES DE GOIS		14-Telefone 17/01/1982	15-Telefone (11) 11111111	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	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161112821011101111	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CHES	
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obose	42-Assinatura
1-	010105110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	41	L	1	611010	01010			25/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 25/10/21	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 1010	47-Valor Total R\$ 1010	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), foram 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 25/10/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa