



487307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 03/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8340864	7-Data Validade da Senha 31/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253471440000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GLEDSON LOPES DA SILVA SANTOS		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GLEDSON LOPES DA SILVA SANTOS		
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 20/07/2000					

16-Atribuição a 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 61128201100	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	

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00			03/03/21	Yeda Almeida Rodrigues
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00			03/03/21	Yeda Almeida Rodrigues
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00			03/03/21	Yeda Almeida Rodrigues
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00			03/03/21	Yeda Almeida Rodrigues
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	0,00			03/03/21	Yeda Almeida Rodrigues
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data de Realização do Tratamento 03/03/21	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 1178,00	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 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.

19-Conservação

Dra. Yeda A. Rodrigues *Dra. Yeda A. Rodrigues*

50-Direito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/03/21 CRF-DF 4992

51-Direito Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/03/21 CRF-DF 4992

52-Direito Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/03/21 Yeda Almeida Rodrigues

53-Direito Local e Assinatura do Carro de Emenda
03/03/21