



478381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 23/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8303682	7-Data Validade da Senha 18/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020253561930000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Name KAUA PABLO BARBOSA RODRIGUES		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano VERONICA CRISTINA RODRIGUES NOGUEIRA		
Dados de Controle do Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRQ 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 611126201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRQ 4992	24-UF DF	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRQ 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 de Glosa	42-Assinatura
1-00	810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	*0,00			23/02/21		
2-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	*0,00			23/02/21		
3-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00			23/02/21		
4-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00			23/02/21		
5-00	814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00			23/02/21		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data de Realização do Tratamento 23/02/21	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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 23/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRQ-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRQ-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 23/02/21 KAU PABLO BARBOSA RODRIGUES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/02/21
---	---	---	---