



426012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8082665	7-Data Validade da Senha 12/01/2021
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532689600000101	10-Empresa POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS LUCIANO BISPO	14-Data de Nascimento 14/02/1969	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS LUCIANO BISPO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 5 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 5		

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 Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/12/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/12/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/12/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento 04/12/20	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\$
---------------------------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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.

19-Consideração

50-Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 04/12/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF/4992	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Executante 04/12/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF/4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário (ou responsável) 04/12/20 Carlos Luciano Bispo	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 04/12/20
---	--	---	---