



422700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8068465	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532491600000102	9-Sexo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NIELSON APARECIDO PEREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome da titular do plano CARLA FERREIRA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Localização a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número na CRC 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora - CNPJ - CFP 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número na CRC 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número na CRC 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Atendimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/12/20		Niels
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Niels
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Niels
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Niels
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/12/20		Niels
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término 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-Tipo de 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.

49-Assinatura YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 - Niels	51-Data, local e Assinatura da Empresa 04/12/20
--	---	--