



437286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 21/12/10	4-Data de Autorização 11/05/11 21/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129929	7-Data Validade da Senha 10/09/11 03/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025331211400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GEIRNEI DOS SANTOS GARCEZ		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano GEIRNEI DOS SANTOS GARCEZ		
20/03/1979					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento 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 611128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100230
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/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			21/12/20		
2	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			15/12/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/12/20	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 149,00	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/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 12/12/20 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/20 Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/20 Geirnei dos Santos Garcez	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--