



437787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8131979	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533320900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELA DA SILVA RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANILDE DA SILVA LIMA	

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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CAPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 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 da Omissão	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00			16/12/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00			16/12/20		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	88,00	0,00			16/12/20		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			16/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de validação do Tratamento 09/01/21	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 352,00	47-Valor Total R\$ 33,76	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 16/12/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20 Daniela Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------