



556208
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8603958	7-Data Validade da Senha 17/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202537713900001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		

13-Nome ANDREZA DOS SANTOS SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ANDREZA DOS SANTOS SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA				

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611262011100	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
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/06/21		Yeda Almeida
2-	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/06/21		Yeda Almeida
3-	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/06/21		Yeda Almeida
4-	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/06/21		Yeda Almeida
5-	001810000655	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	0,00			04/06/21		Yeda Almeida
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista de Término do Tratamento 04/06/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UB 17800	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia - Coparticipação 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.

19-Conservação		YEDA ALMEIDA RODRIGUES		YEDA ALMEIDA RODRIGUES		YEDA ALMEIDA RODRIGUES		YEDA ALMEIDA RODRIGUES	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/21 CRO-DF-4992		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/21 CRO-DF-4992		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/21		53-Data, local e Contrato da Empresa 04/06/21			