



371112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019	4-Data de Autorização 10/09/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852762	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome SUZELY FERREIRA GOMES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUZELY FERREIRA GOMES
----------------------------------	----------------------	--

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	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--------------------------	--	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

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 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 Glor 42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88,00	0,00			10/09/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/09/20	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 88,00	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 10/09/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/20
--	--	---	---