



452782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191367	7-Data Validade da Senha 13/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534185800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATHALIA BORGES MARQUES		14-Telefone 20/11/1993	15-Nome do titular do plano NATHALIA BORGES MARQUES		
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 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100218

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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	21/01/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	21/01/21		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMD	1	122,00	0,00		S	21/01/21		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	21/01/21		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	88,00	0,00		S	22/01/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/21	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 474,00	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(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-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 22/01/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Nathalia Borges Marques		53-Data, local e Carimbo da Empresa	