



444363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8160208	7-Data Validade da Senha 21/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534080900001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR		14-Telefone 06/01/2000 () -	15-Nome do titular do plano IGOR MATHEUS PEREIRA AGUIAR	

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
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 CNEB
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100200

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 Oclsa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DMO	1	12,00	0,00		S	11/01/21		* Igor Aguiar
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MD	1	8,80	0,00		S	11/01/21		* Igor Aguiar
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	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 21,00	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 Grupião-Dentista Solicitante 11/01/21 Dra. Yeda R. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Grupião-Dentista 11/01/21 Dra. Yeda R. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21 Igor Aguiar	53-Data, local e Círculo da Empresa / /
---	---	--	--