



484276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/02/21	4-Data de Autorização 24/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8328981	7-Data Validade da Senha 25/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025338089000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO GABRIEL DE JESUS SOBRINHO		14-Telefone 08/08/1984	15-Nome do titular do plano FRANCISCO GABRIEL DE JESUS SOBRINHO	

Dados de 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 8 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPU / CPF 811128201100	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 8	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabulei	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			24/02/21		Xgabriel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 24/02/21	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 34,00	47-Valor Total R\$ R\$ 22,00	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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Responsável 24/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Beneficiário 24/02/21 Xgabriel	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável pelo Tratamento 24/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	53-Dia, local e Carimbo de Empresa 24/02/21
---------------	--	--	---	--