



337536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2010	4-Data de Autorização 22/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7697305	7-Data Validade da Senha 08/10/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530519600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RITA DE CASSIA DA CONCEICAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA DA CONCEICAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	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 CNE S	
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 Omissão	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	19/08/2020		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00		S	19/08/2020		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00		S	19/08/2020		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 219,00	47-Valor Total R\$ 238,00	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 e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 19/08/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2020	53-Data e Assinatura da Empresa 19/08/2020
---	--	--	---