


337588
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7697532	7-Data Validade da Série 08/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530609100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELI DE SOUSA SILVA		14-Telefone 18/05/1977	15-Nome do titular do plano SUELI DE SOUSA SILVA		
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 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	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código de 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	15/02/20		SUELI
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	17/02/20		SUELI
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	15/03/20		SUELI
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Casa Previdente Tabela de 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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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 os procedimentos descritos acima e por mim assinado(s) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/02/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/02/2020 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/2020 SUELI DE SOUSA SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--