



458212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 22/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8213134	7-Data Validade da Senha 20/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534374600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELEM NUNES DE ARAUJO		14-Telefone 22/05/1987	15-Nome do titular do plano SUELEM NUNES DE ARAUJO		
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 CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/01/21		
2.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/01/21		
3.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/01/21		
4.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/01/21		
5.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/01/21		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto 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 178,00	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 Assistente 22/01/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 SUELEM NUNES DE ARAUJO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21
--	---	--	---