



364542
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 26/08/20 | 4-Data de Autorização 09/09/20 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 7823689 | 7-Data Validade da Senha 24/11/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 0020253101790000102 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOLANGE SANTIAGO DE ARAUJO | 14-Telefone 14/02/1977 | 15-Nome do titular do plano FLAVIO OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES | 18-Número no CRO 4992 | 19-UF DF | 20-Código CBO S 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 CNES
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES | 27-Número no CRO 4992 | 28-UF DF | 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/09/2020		Yeda
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/09/2020		Yeda
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/09/2020		Yeda
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/09/2020		Yeda
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	09/09/2020		Yeda
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 178,00 | 47-Valor Total R\$ 675,40 | 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 Contratado Responsável 09/09/20 | 51-Data e Assinatura do Profissional 09/09/20 | 52-Data e Assinatura do Beneficiário 09/09/20 | 53-Data e Assinatura da Empresa 09/09/20

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-DF-4992