



382469
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/4/10/9/12/0	4-Data de Autorização 10/7/11/0/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7902765	7-Data Validade da Senha 2/3/11/2/12/0							
Dados do Beneficiário												
8-Numero da Carteira 0/0/2/0/2/5/3/1/0/1/7/9/0/0/0/0/1/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome FLAVIO OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 05/10/1962	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-Numero no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6/1/1/2/8/2/0/1/1/0/0	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Numero no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Numero 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	0/0/8/5/1/0/0/2/0/0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MV	1	8/8/0/0	0/0/0		S	07/10/20		[Assinatura]
2	0/0/8/5/1/0/0/2/1/8	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOV	1	1/2/2/0/0	0/0/0		S	07/10/20		[Assinatura]
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 07/10/20	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 2/1/0/0/0		47-Valor Total R\$ 63,00		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 Imagens analisadas.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20 [Assinatura]			53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20			