

440909
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 22/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145737	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533975400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
MILENA GABRIELA DE ALMEIDA

14-Telefone
14/07/2005

15-Nome do titular do plano
BRUNA LIDIA DE ALMEIDA NUNES VILA NOVA

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 da 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 Clica	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	25/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	25/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/12/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 25/12/20	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 140,00	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/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, local e Assinatura do Grupião-Dentista Solicitante
25/12/20, Cirurgiã - D. Yeda A. Rodrigues, CRF 4992

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/12/20, Cirurgiã - D. Yeda A. Rodrigues, CRF 4992

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/12/20, Bruna Lidia de Almeida Nunes Vila Nova

53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/12/20