



453097
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8192716	7-Data Validade da Senha 13/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534271300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MELL RODRIGUES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
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 CNEB	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número 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 Cessa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00		S	20/01/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	DM	1	88,00	0,00		S	20/01/21		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,00	0,00		S	20/01/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	M	1	61,00	0,00		S	20/01/21		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	MO	1	88,00	0,00		S	20/01/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21	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 413,00	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 Cirurgião-Dentista 20/01/21 Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21 Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 Mell Rodrigues dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21
---	---	--	---