



440119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8141906	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202534271300000102		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome JOAO RODRIGUES DOS REIS NETO		15-Data de Nascimento 12/12/1979	16-Telefone () -	17-Nome do Titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS	

18-Alcance da RN N	19-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	20-Número no CRO 4992	21-UF DF	22-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora - CNPJ / CPF 61128201100	24-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	25-Número no CRO 4992	26-UF DF	27-Código CNEB	
28-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		29-Número no CRO 4992	30-UF DF	31-Código CBO S	

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Ord	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Motivo da Glosa	44-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/01/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/01/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/01/21		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

45-Data Prevista para o Tratamento 14/01/21	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 178,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-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.

51-Observação	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Yeda A. Rodrigues CRO-DF 4992	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21	54-Data, local e Assinatura da Empresa 14/01/21
---------------	--	---	--