



498809
INTERCÂMBIO

1-Inscrição ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/10 13/1/21	4-Data de Autorização 11/5/10 13/1/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8385417	7-Data Validade da Série 11/3/10 16/1/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002020253542090000001001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAEL RODRIGUES CELESTINO		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano RAFAEL RODRIGUES CELESTINO		
10/01/1986					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 6111282011100	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 B		

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 Glosa	42-Assinatura
1	0008100000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/5/10 13/1/21		Rafael
2	0008530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			/ /		
3	0008530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			/ /		
4	0008530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			/ /		
5	0008530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/5/10 13/1/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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:

YEDA ALMEIDA RODRIGUES YEDA ALMEIDA RODRIGUES

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/5/10 13/1/21 CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/5/10 13/1/21 CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/10 13/1/21	53-Data, local e Cópia de Empresa / /
--	---	--	--