



461222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 25/01/21		4-Data de Autorização 27/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8229630		7-Data Validade da Senha 25/04/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025342713000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MONICA ALVES DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MONICA ALVES DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA				18-Número no CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO S 01			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611128201100				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			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			23/01/21		Atchmca	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/01/21		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 61,00		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(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													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/01/21 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgião-Dentista CRO-DF 4992				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/21 YR				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/21 Atchmca		53-Data, local e Cartão da Empresa 27/01/21			