



437024
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128617	7-Data Validade da Senha 08/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VYTORIA ALVES DE CARVALHO		22/01/2009		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VALERIA ALVES			

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 CHO S 01		025 - Faturar Empresa
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 CNES				
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992		28-UF DF		29-Código CBO S						

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 Causa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			15/12/20		x
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/12/20		x
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/12/20	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 106,00	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 15/12/20 <i>Dra. Yeda L. Rodrigues</i> Cirurgiã Dentista CRO DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 <i>Valeria Alves</i> Cirurgiã Dentista CRO DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 <i>Valeria Alves</i>	53-Data, local e Cópia da Enquase
---	--	--	-----------------------------------