



319569
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/20	4-Data de Autorização 08/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608243	7-Data Validade da Senha 31/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530184800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA ROZENA FAUSTINA DE REZENDE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ROZENA FAUSTINA DE REZENDE
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acordamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 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 Enviar - RX (1) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	--

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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00	38,34	S			cancelado
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	23,18	S			cancelado
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	23,18	S			cancelado
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	23,18	S	08/06/20		atrasia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 271,00	47-Valor Total R\$	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
Pins 1, 2 e 3 cancelados na ocorrência nº 547159622289.343 Grata.

50-Data, local e Assinatura do Solicitante / Profissional 08/06/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 08/06/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/20 Maria Rozena Faustina de Rezende	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------