



497590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/2013/12/11		4-Data de Autorização 11/2013/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8381184		7-Data Validade da Senha 11/2013/12/11																																																																																																																																																																																																																	
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																																																											
8-Número da Carteira 0020253511129000001014				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																
13-Nome VINICIUS SILVA FIGUEIREDO						14-Telefone () - - - - -			15-Nome do titular do plano THAINARA PEREIRA GOMES LOPES																																																																																																																																																																																																																		
16-Adoção a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA			18-Número no CRO 4992																																																																																																																																																																																																																		
19-UF DF						20-Código CBO S 01			205 - Faturar Empresa																																																																																																																																																																																																																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611282011010				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																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Olosse</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASD</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>12/03/21</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASE</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>12/03/21</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAIE</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>12/03/21</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAID</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>12/03/21</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0081000065</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA</td> <td></td> <td>1</td> <td>4,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>12/03/21</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												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 Olosse	42-Assinatura	1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X		2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X		3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X		4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X		5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	4,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X		6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
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 Olosse	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																															
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X																																																																																																																																																																																																																
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X																																																																																																																																																																																																																
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X																																																																																																																																																																																																																
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X																																																																																																																																																																																																																
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	4,00	0,00	0,00	0,00	S	12/03/21	X																																																																																																																																																																																																																
6																																																																																																																																																																																																																											
7																																																																																																																																																																																																																											
8																																																																																																																																																																																																																											
9																																																																																																																																																																																																																											
10																																																																																																																																																																																																																											
11																																																																																																																																																																																																																											
12																																																																																																																																																																																																																											
13																																																																																																																																																																																																																											
14																																																																																																																																																																																																																											
15																																																																																																																																																																																																																											
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/03/21		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 1178,00		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																																																																																																																																																																																																																											
YEDA ALMEIDA RODRIGUES YEDA ALMEIDA RODRIGUES																																																																																																																																																																																																																											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/21 CRO-DF-4992				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/21 CRO-DF-4992				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 Vinicius Silva		53-Data, local e Assinatura do Responsável 12/03/21																																																																																																																																																																																																																	