



437771
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8131940	7-Data Validade da Senha 09/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533320900000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELLY SOUSA ARAUJO		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano JANILDE DA SILVA LIMA		
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 CBO 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 CNEB	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
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 Omissão	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	16/12/20		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	S	16/12/20		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	11/01/21		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	88,00	0,00	0,00	S	11/01/21		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	11/01/21		<i>Yeda Almeida Rodrigues</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/21	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 386,00	47-Valor Total R\$ 4668	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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRUZEIRO DENTISTA CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRUZEIRO DENTISTA CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 11/01/21 Janilde da Silva Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------