



406475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 11/2/10	4-Data de Autorização 12/11/10 11/2/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002123	7-Data Validade da Senha 12/11/10 11/2/11
Dados do Beneficiário					
8-Nome e sobrenome LARISSA CARDOSO DE OLIVEIRA		9-Data de Nascimento 00/02/02		10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Telefone (11) 1111-1111		13-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		14-Data Validade da Carteira 11/11/11	
15-Nome do titular do plano LARISSA CARDOSO DE OLIVEIRA					
16-Endereço do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA					
17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		18-Número do CRO 4992		19-UF DF	
20-Código da Operadora - CNPJ / CNP 16.112.820.110.00		21-Nome do Contratado - Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		22-Número do CRO 4992	
23-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		24-UF DF		25-Código CBO 5 01	
26-UF DF		27-Número do CRO 4992		28-Código CBO 8 01	

925 -
Faturar Empresa

29-Item	30-Código do Procedimento	31-Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade US	36-Valor	37-Preço Unitário	38-Preço Total	39-Data de Realização	40-Material da Clínica
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/20	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/10/20	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/10/20	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			29/10/20	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/10/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

41-Data de Emissão da Guia 29/10/20	42-Data de Autorização 29/10/20	43-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Valor Total US 178,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Valor Total R\$ 0,00
49-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.							
50-Assinatura do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992							
51-Assinatura do Profissional Contratado YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992							
52-Data de Emissão da Guia 29/10/20							
53-Data de Autorização 29/10/20							