



345218
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7733735	7-Data Validade da Senha 22/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528910800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERISVALDO DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 24/08/1990	15-Nome do titular do plano ERISVALDO DE OLIVEIRA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
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	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	11/08/20		Erivaldo
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/20	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 122,00	47-Valor Total R\$ 46,36	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 Solicitante 11/08/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 Erivaldo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20
--	--	--	---