



358309
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2018	4-Data de Autorização 18/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793840	7-Data Validade da Senha 15/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503692600007101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUVI COMERCIAL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ROBERTO MARQUES DA SILVA	14-Data de Nascimento 18/06/1989	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano JOSE ROBERTO MARQUES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acordamento a R/R N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da 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		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Grava	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00			18/10/2018		X José Roberto
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/10/2018		X José Roberto
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/10/2018		X José Roberto
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/10/2018		X José Roberto
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/10/2018		X José Roberto
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/10/2018	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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, apelo a autorização 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-Consentimento YEDA ALMEIDA RODRIGUES ODONTODENT
--

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 18/10/2018 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2018 José Roberto	52-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---