



475586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/21/21	4-Data de Autorização 18/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8294115	7-Data Validade da Senha 12/10/51/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
6-Número da Carteira 000202150781119002528011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /	
13-Nome NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA	
14-Telefone (61) 8555548308	15-Nome do titular do plano NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA
21/07/1987	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Acordamento 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 6111282011100	22-Nome do Contratado Escutante YEDA ALMEIDA RODRIGUES
23-Número no CRO 4992	24-UF DF
25-Código CHES / /	
26-UF DF	29-Código CBO S / /
27-Número no CRO 4992	
28-UF DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30-Tabela 1-00851001916	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA
33-Dente/Região 47 O 1	34-Face / / / /
35-Qtd / /	36-Quantidade US / /
37-Valor / /	38-Franquia/Co-participação R\$ / /
39-Aut / /	40-Data de Realização 19/02/21
41-Motivo da Clima	42-Assinatura Yeda Almeida Rodrigues

43-Caso Especial / Tratamento U902141	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 6100	47-Valor Total R\$ / /	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 assine 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 Solicitante / Dentista 18/10/21/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Contratado Escutante / Dentista 18/10/21/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/21/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /
---	--	---	--