



484704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330369	7-Data Validade da Guia 25/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507811900252802		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIOVANNA LOPES DOS SANTOS			14-Telefone (61) 8555-8308	15-Nome do titular do plano NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA	
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 611282011010		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992	24-UF DF
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 de Glosa 42-Assinatura
1	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			03/03/21	<i>[assinatura]</i>
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			03/03/21	<i>[assinatura]</i>
3	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			03/03/21	<i>[assinatura]</i>
4	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			03/03/21	<i>[assinatura]</i>
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data de Faturamento 03/03/21	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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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, 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.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 03/03/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 NAYARA TAMIRES BARROS LOPES PESSANHA	
53-Data, local e Assinatura da Empresa	