



538404
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/01/04/21	4-Data de Autorização 06/05/21	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8539426	7-Data Validade da Senha 29/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252620230000502		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço HELISUX TAXI AEREO LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIA ABADIA DA SILVA PEREIRA DOS ANJOS		12-Data de Nascimento 12/09/1972		14-Telefone () - - - - -	
15-Nome do titular do plano ERIBERTO PEREIRA DOS ANJOS SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 8 01
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 611282011001			22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992
24-UF DF			25-Código CNES		26-Código CBO 8
27-Número no CRO 4992			28-UF DF		29-Código CBO 8
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					

30-Telesia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Descrição	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo e Class	42-Assinatura
1-	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61100	0000		07/05/21		
2-	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61100	0000		07/05/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 07/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12200	47-Valor Total R\$ 0000	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 responsável. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Conservação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/21 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/21 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/21 Eriberto Pereira dos Anjos Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/05/21
----------------	---	---	---	---