



351859
INTERCÂMBIO

CF

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2018	4-Data de Autorização 10/08/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7764409	7-Data Validade da Senha 10/03/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202521505900001403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EMANUELE MENDES PARMAGNANI		14-Telefone 15/02/1997	15-Nome do titular do plano ROSANE MENDES PARMAGNANI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	025 - Faturar Empresa
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 CNEB	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	31/08/20		+Enf
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	88,00	0,00		S	31/08/20		+Enf
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MDP	1	122,00	0,00		S	31/08/20		+Enf
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	31/08/20		+Enf
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 481,00	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/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 Profissional Solicitante 31/08/2018 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/2018 Dra. Yeda A. Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2018 +Enf	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--