



395918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/20	4-Data de Autorização 14/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958669	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202531412800000101	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NOELI RODRIGUES BARBOSA	14-Telefone 07/12/1975	15-Nome do Titular do plano NOELI RODRIGUES BARBOSA
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
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 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-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	161,00	0,00		S	14/10/20		Noeli
2	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	14/10/20		Noeli
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Tratamento 14/10/20	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 149,00	47-Valor Total R\$ 149,70	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 Cirurgião-Dentista 14/10/20 Dr. Yeda Almeida Rodrigues Cirurgião-Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/20 Dr. Yeda Almeida Rodrigues Cirurgião-Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20 Noeli Rodrigues Barbosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/10/20
---	---	---	--