



434035
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 03/12/20 | 4-Data de Autorização 04/12/20 | 5-Senha AUTORIZADO | 8-Número da Guia Principal 8115769 | 7-Data Validade da Senha 03/03/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 6-Número da Carteira 0020252620230001001 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA | 11-Data Validade da Carteira / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome ROGERIO DANTAS GUIMARAES | | 14-Telefone () - | 15-Nome do titular do plano ROGERIO DANTAS GUIMARAES | |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA | 18-Número no CRD 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 na CRO 4992 | 24-UF DF | 25-Código CNES | |
| 26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES | | 27-Número no CRD 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-Crd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1- | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 14 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 04/12/20 | | [Assinatura] |
| 2- | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 35 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 04/12/20 | | [Assinatura] |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|----------------------------|---|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20 | 44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US 122,00 | 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

YEDA ALMEIDA RODRIGUES

YEDA ALMEIDA RODRIGUES

| | | | |
|---|---|--|---|
| 50-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado (Beneficiário) / Responsável 04/12/20 CRO-DF-4992 | 51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Contratado 04/12/20 CRO-DF-4992 | 52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 | 53-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 04/12/20 |
|---|---|--|---|