



401404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10/12/01	4-Data de Autorização 12/11/10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981009	7-Data Validade da Senha 11/9/10/11/2/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-CPF 00202519782700002201		11-Plano POS REDE PRESTADORA	12-CPF UNIAO DOS ESCOTEIROS DO	13-Data Validade da Carteira 11/11/11	14-Número do Cadastro Nacional de Saúde
15-Nome SELMA REGINA ALVES DOS SANTOS		16-Data de Nascimento 26/09/1991		17-Telefone (11) 1111-1111		18-Nome do titular do plano SELMA REGINA ALVES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19-Acordamento a R\$ N	20-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	21-Número no CRO 4992	22-UF DF	23-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100200
24-Código da Operadora / CNPJ / CPF 061112820111001	25-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	26-Número no CRO 4992	27-UF DF	28-Código CBO S	
29-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES					

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 de Realização	41-Montante da Guia 42-A
1-	008510002118	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		S	13/11/20	8
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	13/11/20	5
3-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	13/11/20	8
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1271,00	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 Profissional Solicitante 13/11/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DE 4992		51-Data, Local e Assinatura do Profissional Contratado 13/11/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DE 4992		52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/11/20		53-Data, Local e Assinatura da Empresa 13/11/20	
---------------	--	--	--	---	--	---	--	--	--