



340503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2017	4-Data de Autorização 21/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7710869	7-Data Validade da Senha 14/11/2017
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020251864340000803		10-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIA REJANE SILVA VIANNA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO ROBERTO VIANNA	
21/05/1971					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100			22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES			27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa					

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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	09/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00		S	09/09/20		<i>[Assinatura]</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/09/20	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 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(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			
<i>Dra. Yeda A. Rodrigues</i> Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992 <i>Dra. Yeda A. Rodrigues</i> Cirurgiã Dentista CRO-DF 4992 <i>[Assinatura]</i> 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Caimbo da Empresa			