



640686
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/17	4-Data de Autorização 02/10/18	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8878461	7-Data Validade da Senha 27/11/18
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202530756600013301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO	14-Telefone () - -	15-Nome do Titular do plano LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO
---	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alcôndimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 8 01	025 -
---	--	---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNEB
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO 8
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	15,30			01/04/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	16,20			01/04/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	16,20			01/04/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	16,20			01/04/21		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	16,20			01/04/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/09/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 80,10	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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 Assinatura de YEDA ALMEIDA RODRIGUES nº 513286. Grata

50-Sigla, local e Assinatura do Contratado Responsável 01/04/21	51-Sigla, local e Assinatura do Profissional Solicitante 02/04/18	52-Sigla, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Digitalizado com CamScanner