



349902
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/81/20	4-Data de Autorização 03/10/81/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755065	7-Data Válida da Serão 01/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530756600001301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL FELIPE GUIMARAES COUTINHO CORTEZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIEL FELIPE GUIMARAES COUTINHO CORTEZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 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 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 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 de Realização	41-Munho da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/08/20		6 FC
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/08/20		6 FC
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/08/20		6 FC
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/08/20		6 FC
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			04/08/20		6 FC
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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\$ 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

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 04/08/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DI 4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 04/08/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DI 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 GFC	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------