



702819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2017	4-Data de Autorização 17/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9053837	7-Data Válida da Senha 11/09/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530756600040501		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 AMAUARI DE AZEVEDO NERI			14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano AMAUARI DE AZEVEDO NERI	
17/10/2017					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Agendamento e RX N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO B 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6111282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO B	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Oloca	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	15,30			19/05/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	16,20			19/05/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	16,20			19/05/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	16,20			19/05/21		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	16,20			19/05/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 1178,00	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), 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 <i>Assinatura constante na guia nº 514222 realizada em 19/05/21</i>					

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 19/05/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 19/05/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
--	---	---	--

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/01/2011	4-Data de Autorização 19/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 846504	7-Data Validade da Senha 31/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 000202530756800040501	9-Tipo de Empresa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome AMAURI DE AZEVEDO NERI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano AMAURI DE AZEVEDO NERI
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 -
------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 811128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CHES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

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-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	1,6120			19/05/2011	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	1,6120			19/05/2011	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	1,6120			19/05/2011	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	1,6120			19/05/2011	
5	0081100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4,00	1,5300			19/05/2011	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data de Emissão do Tratamento 19/05/2011	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\$ 8,0100	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Coveragem	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 19/05/2011 YEDA ALMEIDA RODRIGUES	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/2011 AMAURI DE AZEVEDO NERI	52-Data, local e Carimbo de Emissão
--------------	--	--	-------------------------------------