

8442823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 1 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 0 1 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 513286	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 8 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 7 5 6 6 0 0 0 1 3 3 0 1	9-Plano DENTAL UNI POS	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira 2 0 / 0 8 / 2 4	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005322757605
13-Nome LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO 01/05/1987		14-Telefone (4 1) 3 2 3 3 - 1 9 4 3		15-Nome do titular do plano LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	414 - ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA ME Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 1 1 2 8 2 0 1 1 0 0	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 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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	1 6 , 2 0		S			
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	1 6 , 2 0		S			
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	1 6 , 2 0		S			
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	1 6 , 2 0		S			
5-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	1 5 , 3 0		S			
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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 8 0 , 1 0	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 Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--