



406822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 22/08/2019	3-Data de Autorização 22/09/2019	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8003486	6-Data Validada de Senha 22/09/2019
Dados do Beneficiário					
10-Endereço da Carteira 000202530756600005802		11-Plano POS REDE PRESTADORA	12-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	13-Data Validada da Carteira / /	14-Número da Carteira Nacional de Saúde
15-Nome MARIA DAS GRACAS MARINS FERREIRA			16-Idade 06/11/1948	17-Data Validada da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Identificação do Profissional N	19-Fone do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA		20-Número no CRC 4992	21-UF DF	22-Código CBO S 01
23-Código na Operadora - CNPJ / CFP 1511128201100		24-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	25-Número no CRC 4992	26-UF DF	27-Código CNES
28-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		29-Número no CRC 4992	30-UF DF	31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Tabela	33-Cod. do Procedimento	34-Descrição	35-Quantidade	36-Valor	37-Valor Total
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	34,00
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	36,00
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data de Emissão da Guia 22/10/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 178,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Valor Final - Coparticipação 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					
50-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 22/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992					
51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 22/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992					
52-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 22/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992					
53-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 22/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992					