



513286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 13/11/2013	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Semeta PENDENTE DE ATO	6-Número de Guia Principal B442823	7-Data Validade da Semeta 12/06/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 010120253010756810001133011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO		14-Telefone (11) 1111-1111	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 ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1811282011001	22-Nome do Contratado Exatante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exatante 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					
1-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	38,00	118,20
2-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38,00	118,20
3-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38,00	118,20
4-0101853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38,00	118,20
5-0101810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	115,30
6-0101810100065					
7-0101810100065					
8-0101810100065					
9-0101810100065					
10-0101810100065					
11-0101810100065					
12-0101810100065					
13-0101810100065					
14-0101810100065					
15-0101810100065					
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/04/2011	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 180,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/2011 SRO de Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 01/04/2011 Cir. (g) Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/2011 53-Dia, local e Carimbo de Emissão 01/04/2011					



8442823

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484		3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012		4-Data de Atorização 01/11/2012		5-Sentença AUTORIZADA		6-Número da Guia Principal 513286		7-Data Validação da Sentença 28/10/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020202530756000013301				9-Plano DENTAL UNI POS		10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS		11-Data Validade da Carteira 20/10/2012		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005322757605	
13-Nome LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO											
14-Taxidade 01/05/1987											
15-Endereço do Titular no plano LARISSA NUNES MARTINS CARVALHO											
16-Endereço a RH N											
17-Endereço do Profissional Solicitante											
18-Número no CRO											
19-UF											
20-Código CBO S											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8111282011001											
22-Endereço do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES											
23-Número no CRO 4992											
24-UF DF											
25-Código CHES											
26-Endereço do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES											
27-Número no CRO 4992											
28-UF DF											
29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabele	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 de Recusa 42-Assinatura
1	000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	1,6120			01/10/2012	X
2	000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	1,6120			01/10/2012	X
3	000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	1,6120			01/10/2012	X
4	000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	1,6120			01/10/2012	X
5	000810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	1,5130			01/10/2012	X
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2012											
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\$ 180,110											
48-Total Franquia e 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 este 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/Operadora Solicitante 01/10/2012											
51-Data, local e Assinatura do Contratado/Operadora Executante 01/10/2012											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012											
53-Data, local e Centro de Emissão 01/10/2012											