



381615
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/9/1/2/0	4-Data de Autorização 12/3/10/9/1/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7898951	7-Data Validade da Senha 12/2/1/12/1/2/0
8-Número da Carteira 000202530756600007202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome ELISANGELA DAVILA DE OLIVEIRA		14-Telefone 11/05/1980	15-Nome do Fornecedor JOSAFÁ RODRIGUES DE ARAUJO JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Número no CRC 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 611282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRC 4992	24-UF DF	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRC 4992	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Régua	34-Face	35-Clx	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mun do Clínia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/09/20	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 da Partida US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo de 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.

19-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 24/09/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 24/09/20	52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 24/09/20	53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 24/09/20
---	---	---	---