



702834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 17/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9053891	7-Data Validade da Senha 13/11/2021							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253077516600024401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENTISTAS TAGUATINGA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO B 01	025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 6112820111010	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 B								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obose	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	1,5130		S	05/04/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	1,6120		S	05/04/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	1,6120		S	05/04/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	1,6120		S	05/04/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	1,6120		S	05/04/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 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\$ 80,10	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-Assinatura do Contratado Responsável <i>Yeda Almeida Rodrigues</i> 50-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 05/04/21, Brasília, DF, YEDA ALMEIDA RODRIGUES, CRO-DF-4992 51-Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 05/04/21, Brasília, DF, YEDA ALMEIDA RODRIGUES, CRO-DF-4992 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21, Brasília, DF 53-Data, Local e Carimbo da Empresa / /												



513988
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 01/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número de Guia Principal 8445500	7-Data Validade de Senha 30/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 000202025307568000024401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS		
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 30/09/1986					
16-Alteramento 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 8111282011100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Nome 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-Tablete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US 3600
2-00	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600
3-00	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600
4-00	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600
5-00	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 05/04/21	44-Tipo de Alinhamento 1-Tratamento Ortodôntico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17600	47-Valor Total R\$ 8010	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.					
19-Consideração					
30-Dia, local e Assinatura do Grupo/Ordem Solicitante 05/04/21					
31-Dia, local e Assinatura do Contratado Executante 05/04/21					
32-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21					
33-Dia, local e Carimbo de Empresa					