



514222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/10/2014	4-Data de Autorização 11/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8446504	7-Data Validade da Senha 30/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253075660040501	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 AMAURI DE AZEVEDO NERI	14-Telefone (11) - -	15-Nome do Titular do plano AMAURI DE AZEVEDO NERI
-----------------------------------	-------------------------	---

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 611128201100	22-Nome do Contratado Exatante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNEB
---	--	--------------------------	-------------	----------------

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/Raio	34-Face	35-Set	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	11620			19/05/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	11620			19/05/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	11620			19/05/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	11620			19/05/21		
5	0081100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	11530			19/05/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Tratamento 19/05/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117800	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(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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Comprovação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 19/05/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 19/05/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/21	53-Data, local e Carimbo de Emissão 19/05/21
--	--	---	---