



472464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/02/21		4-Data de Autorização 09/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8279348		7-Data Validade da Senha 09/02/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010202530756800014601				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 BIANCA ELISY LEMOS LIMA											
14-Telefone () - - - - -											
15-Data de Nascimento 27/09/1995											
16-Nome do titular do plano BIANCA ELISY LEMOS LIMA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
18-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA				19-Número no CRO 4992		19-UF DF		20-Código CBO B 01	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 611282001100											
22-Nome do Contratado Esqueleto YEDA ALMEIDA RODRIGUES				23-Número no CRO 4992		24-UF DF		25-Código CNES		025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Esqueleto 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/Rapido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	09/02/21	BB
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	09/02/21	BB
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	09/02/21	BB
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	S	09/02/21	BB
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	0,00	S	09/02/21	BB
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Caixa Privada Termino do Tratamento (19/02/21)		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 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 09/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992											
51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 09/02/21 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF-4992											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 BB											
53-Data, local e Endereço de Empresa / /											