



557669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2015	4-Data de Autorização 31/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8609457	7-Data Válida da Senha 18/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020253071566000225003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELISA CELEGHIN FIGUEIREDO NEVES		14-Telefone (11) 323331943	15-Nome do titular do plano HUGO LEONARDO NEVES CARDOSO		
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 8 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (81128201100)		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número 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 8	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34100
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1	1	7200
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gripe 42-Aspiração
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2015	44-7 po 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 10600	47-Valor Total R\$ 4770	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), foram realizados o(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 em os custos conforme previsto em contrato.					
19-Considerações					
50-Selo, Selo e Assinatura do Contratado/Responsável 01/10/2015 51-Selo, Selo e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2015 52-Data, Selo e Assinatura do Profissional Solicitante / Responsável 01/10/2015 53-Data, Selo e Assinatura do Profissional Executante					