



386494
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09 11/20	4-Data de Autorização 13/01/09 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 386494	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530756600003601	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 EDUARDO CARDOSO SANTOS SILVA		14-Telefone 25/12/1993 () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDUARDO CARDOSO SANTOS SILVA		
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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DO	1	8,80	0,00		S	10/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,10	0,00		S	10/10/20		<i>[Assinatura]</i>
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,10	0,00		S	10/10/20		<i>[Assinatura]</i>
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,10	0,00		S	10/10/20		<i>[Assinatura]</i>
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	D	1	6,10	0,00		S	10/10/20		<i>[Assinatura]</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/20	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 Quantidade US 332,00	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(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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 10/10/20 <i>[Assinatura]</i> Cirurgião - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/20 <i>[Assinatura]</i> Cirurgião - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--