



389966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Carte de Emissão da Guia 05/11/01/20	4-Data de Autorização 06/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934211	7-Data Validade da Senha 03/10/11/21
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Endereço da Empresa 00202530756600007201	9-Tipo de Empresa POS REDE PRESTADORA	10-UF CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome JOSAFÁ RODRIGUES DE ARAUJO JUNIOR	14-Data de Nascimento 02/08/1988	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano JOSAFÁ RODRIGUES DE ARAUJO JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Identificação: a) RN N	18-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	19-Número do CRC 4992	20-UF DF	21-Código CBO 5
22-Código da Operadora - CNPJ / CPF 16111282011100	23-Nome do Contratado, Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	24-Número do CRC 4992	25-UF DF	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	28-Número do CRC 4992	29-UF DF	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ringos	34-Pace	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cobertura Operadora R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Material da Guia	42-Assinatura
1-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	19/10/20		
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/20		
3-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	S	19/10/20		
4-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	S	29/10/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 29/10/20	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 271,00	47-Valor Total R\$ 84,30	48-Total Faturado e Compensado R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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(s) 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 Profissional Solicitante 29/10/20 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável 29/10/20 JOSAFÁ RODRIGUES DE ARAUJO JUNIOR CRO-DF 4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/10/20	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 29/10/20
--	---	---	--