



1-Registro ANO 405414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/09/12/0	4-Data de Autorização 12/3/09/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899014	7-Data Validade da Senha 12/2/11/2/12/0	381637 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Senha 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Seguro
-------------------------	--	--------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome EDUARDO CARDOSO SANTOS SILVA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data de Nascimento 25/12/1993	16-Nome do titular do plano EDUARDO CARDOSO SANTOS SILVA
---	-------------------------------	-------------------------------------	---

17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Atividade da Empresa N	19-Atividade do Profissional Contratado ODONTODENT TAGUATINGA	20-Número do Contrato 4992	21-UF DF	22-Código CBO E 01	025 - Faturar Empresa
---	--	------------------------------	--	-------------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

23-Código de Operadora - CNPJ / CPF 6111282011100	24-Nome do Contratado - Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	25-Número do Contrato 4992	26-UF DF	27-Código CBO E
--	--	-------------------------------	-------------	-----------------

28-Endereço do Profissional Contratado YEDA ALMEIDA RODRIGUES	29-Número do Contrato 4992	30-UF DF	31-Código CBO E
--	-------------------------------	-------------	-----------------

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Código Regime	36-UF	37-Quantidade	38-Valor	39-Preço/Unidade	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Status
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	26/09/20		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	26/09/20		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	26/09/20		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	26/09/20		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	26/09/20		
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Total de Faturamento 178,00	44-Total Quantidade US 178,00	45-Valor Total US 178,00	46-Total Faturamento 178,00
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Declaramos que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitamos e autorizamos a execução do tratamento, comprometendo-nos a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos ainda que os procedimentos, serviços, exames e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do paciente:

Assinatura do profissional contratado: