



513988
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/10/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 8445500	7-Data Validade da Senha 31/01/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Numero da Caixa 000202253075580000244011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Caixa 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	18-Numero no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO 8 01	025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0111282011100111	22-Nome do Contratado Exequatante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Numero no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
---	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exequatante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Numero 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor 42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	1,8120			10/10/2011	
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	1,8120			10/10/2011	
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	1,8120			10/10/2011	
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	1,8120			10/10/2011	
5-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	1,5130			10/10/2011	
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/10/2011	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\$ 180,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Reservação	50-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável 05/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Responsável 05/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2011	53-Data, local e Centro de Emissão
---------------	---	---	---	------------------------------------



8445500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão de Guia 01/11/04/12/1	4-Data de Autorização 01/11/04/12/1	5-Senha AUTORIZADA	6-Número de Guia Principal 513988	7-Data Validade da Senha 21/09/08/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0102012530175660002144011	9-Plano DENTAL UNI POS	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira 11/14/11/12/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702508705980840
---	---------------------------	--	---	--

13-Nome JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS	14-Telefone 30/09/1986 (41) 312333-119413	15-Nome do titular do plano JANAINA AUGUSTO DE CAMPOS
--------------------------------------	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 5	414 - ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LIDA ME Faturar Empresa
-------------------------	-------------------------------------	------------------	-------	-----------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6111282011101	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO 5
--	--------------------------	-------------	-----------------

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	010181530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	1,6120			05/04/21		
2-	010181530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	1,6120			05/04/21		
3-	010181530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	1,6120			05/04/21		
4-	010181530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	1,6120			05/04/21		
5-	010181100100615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	1,5130			05/04/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Emissão Término do Tratamento 01/11/04/12/1	44-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontoterapia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178100	47-Valor Total R\$ 810110	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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Conservação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 01/11/04/12/1	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 05/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/04/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	--	---	-------------------------------------