



381628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7898992	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530756600007201		9-Endereço POS REDE PRESTADORA			
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		18-Número no CRC 4992		19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Fórmula a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT TAGUATINGA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	
24-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		25-Número no CRO 4992		26-UF DF	27-Código CBO S	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Material de Clínica	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonça 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

19-Operação YEDA ALMEIDA RODRIGUES	
---------------------------------------	--

50-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável 24/10/2012 CRO-DF-4992	51-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável 24/10/2012 CRO-DF-4992	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 24/10/2012
---	---	---	--