

Grau de sigilo  
#PUBLICO

Nº do cartão do beneficiário		Nome do beneficiário		Número do pedido (CAIXA)	
Nome do titular			Matrícula		Telefone para contato ( ) -
E-mail					
CNPJ/CPF do profissional		DV	Nome ou razão social		
Especialidade Código (CAIXA)		Nome		Município de atendimento	
		VACINA ANTIGRI PAL		UF	
Atendimento / /		Início de internação / /		Término de internação / /	
				Crédito de consignatário cadastrado no SISRH Agencia Op. Conta de depósito	

**Modalidade**

- 1 - SAÚDE CAIXA  
4 2 - Acidente de trabalho  
3 - Sinistro  
4 - PAP

- 5 - PCMSO admissional  
6 - PCMSO periódico  
7 - PCMSO mudança de função  
8 - PCMSO retorno ao trabalho

- 9 - PCMSO demissional  
A - PRO

**Tipo atendimento**

- 1 - Dia/hora normal  
2 - Dia/hora extraordinário  
3 - Internação odontológica

Local/Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável

**Para preenchimento exclusivo da CAIXA**

Ordem	Procedimento	Qtde	Percentual	Valor pago	Valor Reembolso	Dente	Face	Segmento /Arcada	Tipo de Profissional
01	<b>8505651-0</b>								
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

**Face**

- M - Mesial  
O - Oclusal  
V - Vestibular

- I - Incisal  
D - Distal  
L - Lingual ou palatina

**Segmento**

- A - Superior direito  
B - Ântero-superior  
C - Superior esquerdo

- D - Inferior esquerdo  
E - Ântero-anterior  
F - Inferior direito

**Arcada**

- S - Superior  
I - Inferior

**Tipo de Profissional**

- 1 - Cirurgião  
2 - Primeiro Auxiliar  
3 - Demais Auxiliares  
4 - Instrumentador

Local/Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico auditor

**ANS nº 31.292-4**