



485253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 21/5/11 012/11 21/1	4-Data de Autorização 21/6/11 012/11 21/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8332750	7-Data Validade da Semna 21/6/11 015/11 21/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010210215307516160002118011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRUNO DA COSTA LIMA	14-Telefone 09/08/1987 () - - - - -	15-Nome do Titular do plano BRUNO DA COSTA LIMA
--------------------------------	---	--

Diário do Consultório Reconhecível pelo Tratamento

16-Atendimento a RII N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 0121811310181211711	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNE S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Descrição	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Baixa 42-Anotação
1	0101811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3161010	010101			26/11/21	
2	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			3161010	010101			26/11/21	
3	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			3161010	010101			26/11/21	
4	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			3161010	010101			26/11/21	
5	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			3161010	010101			26/11/21	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/11/21	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 117811010	47-Valor Total R\$ 010101	48-Total Fatura + 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(ram) 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-Consideração

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário 26/11/21	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Donatário 26/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/11/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--