

[illegible]

2-Nº

440414
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 / 2 0 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8143291		7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 0 3 / 2 1		440414 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 9 2 3 1 0 0 0 0 1 0 1 2				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SARA DA SILVA AROUCA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA AROUCA NASCIMENTO											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano SARA DA SILVA AROUCA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752		28-UF BA		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5				CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASE		1		3 4 1 0 0 0	
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		3 6 1 0 0 0	
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		3 6 1 0 0 0	
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		3 6 1 0 0 0	
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						3 6 1 0 0 0	
6- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
7- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
8- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
9- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
10- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
11- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
12- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
13- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
14- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
15- / / / / / / / / / /										/ / / / / / / / / /	
43-Data Previsão Término do Tratamento 1 3 / 1 1 / 2 0 2 0		44-Tipo de Atendimento 1 1 4- Tratamento Ortodontológico, 2- Exame Radiológico, 3- Ortopedia, 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1 1- Total, 2- Parcial		46-Total Quantidade US 1 1 7 8 1 0 0		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0	

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), folio/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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	14/3/11 12/12/19
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/3/11 12/12/19
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/3/11 12/12/19
53-Data, local e Carimbo da Empresa	14/3/11 12/12/19 Thayara Dayan Pessoa Física

Schizophrenia