

425401
INTERCÂMBIO

ide

03/06/1956

14-Telephone (24) -

15-Nome do titular do plano
EUVALDO BASTOS SOUSA

17-**Nome do Profissional Solicitante**
ELIANE BISPO DE ALENCAR

R

18-Número no CRO
1651219-UF
RJ20-Contingency CBO S

801 - Natural Embrasa

22-Nome do Contratado Executante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

100

23-Número no	16512
--------------	-------

24-UF	RO
RJ	

25-Código CNES[illegible]

ERIANE BISPO DE ALENCAR

16512

	R ₂
--	----------------

100

31-Código do Procedimento	32-Descrição	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class. 42-Motivo
31-000000	32-000000	34-0000	35-0000	36-0000	37-0000	38-0000	39-00	40-0000	41-0000

[illegible]

0	8	2	0	0	0	8	7	5	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1		7	3	0	0		0	0	0				S	2	3	A	A	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------	----	--	---	--	---	---	---	---	--	---	---	---	--	--	--	---	---	---	---	---	----

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

3	Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/ Co-participação
				4.000,00	0,00	

que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de Tratamento, conforme apóia a execução do Tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do procedimento (despesa) acima e por mim escolhidos, fiz/fezemos realizado(s) com meu/consentimento(s) a forma satisfatória. Autorizo a Otorrinolaringologista a fazer em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esta documentação, tudo que for necessário para a realização do tratamento.

nes ao tratamento realizado, compreendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

5

23/11/11/20	23/11/11/20
-------------	-------------