



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão do Guia 11/3//011//211	4-Dia de Autorização 11/4//011//211	5-Sereno AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8193355	7-Dia Validade da Sereno 11/3//014//211
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

453238

INTERCÂMBIO

[illegible]

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento									
16-Identificação a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Exatante							
0 6 0 1 1 2 0 3 7 5 5 4		CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO							
23-Nome do Profissional Exatante									
CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO									
18-Número no CRO		19-UF		20-Código CRO S					
16493		BA							
24-Número no CRO		24-UF		25-Código CINES					
16493		BA							
27-Número no C-DO		28-UF		29-Código CRO S					
16493		BA							

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30- Babel	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Causa 42-Signatário
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	6 1 0 0	10 0 0	5	27/04/2008	Dr. [Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantificado US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

1-Total 2-Parcial

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(s) 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 lei (se aplicável), ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não/tenha(m) sido 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. med. dent. **Andreea Soliman**
Căminul nr. 10, Str. Ștefan cel Mare nr. 10
București, România

Caroline

63. *Practical e Garbido da Expressão*
 21/01/21