



482891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/3/10/2/11/2/11	4-Data de Autorização 12/3/10/2/11/2/11	6-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8320988	7-Data Validade da Sema 12/4/10/5/11/2/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa HELISUL TAXI AEREO LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 01012012151261201201010115181021	9-Plano POS REDE PRESTADORA			

13-Nome ANA CRISTINA DE ALMEIDA RAMIDOFF	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO RAMIDOFF
13-Data 23/08/1972		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 13156	19-UF DF	20-Código CBO S 114 - Faturar Empresa
18-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA			

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 0126113108121711	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

32-Tabela	31-Código do Procedimento	30-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Avaliação
1	0101811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,1010	0,1010		S	24/10/21	12
2	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,1010	0,1010		S	24/10/21	12
3	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,1010	0,1010		S	24/10/21	12
4	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,1010	0,1010		S	24/10/21	12
5	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,1010	0,1010		S	24/10/21	12
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 24/10/21	44-Tipo de Anestesia 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgencia/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117,81010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / 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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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-Conservação

50-Data, local e Assinatura do 24/10/21 Dra. Camila Soares Cirurgiã Dentista CRO-DF 13156	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 24/10/21 Dra. Camila Soares Cirurgiã Dentista CRO-DF 13156	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/21 Sergio Ricardo Ramidoff	53-Data, local e Cartão da Emissão 24/10/21
---	---	--	--