



1997246
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406044	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/14	4-Data de Autorização 12/01/08/12/14	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12862466	7-Data Validada da Semana 1/8/11/11/12/14
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

199/246
INTERCAMBIO

6-Número da Carteira	0002025053311900572905
9-Plano POS REDE PRESTADORA	TUPY SA
10-Empresa	
11-Dia Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

[illegible]

Tela de Contrato Responder pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-LUF
N	INGRID ALICE PINHEIRO REGO	9796	PA
21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-LUF
18 9 8 7 3 5 7 2 9 1	INGRID ALICE PINHEIRO REGO	9796	PA
25-Nome do Profissional Executante	26-Número no CRO	27-LUF	28-Código CNES
INGRID ALICE PINHEIRO REGO	9796	PA	29-Código CRO 5
			025 - Faturar Empresa
			Enviar - RX
			(1) 85100200
			(1) 85100200

[illegible]

43 Data Prevista Término do Tratamento	/ /
44 Tipo de Atendimento	
☐ 1 - Tratamento Odonológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortopedia 4 - Urologia/Emergência	
45 Tipo de Faturamento	
☐ 1 - Total 2 - Parcial	
46 Total Quinidade US	5 4 2 0 0
47 Valor Total R\$	0 0 0
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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos no orçamento. 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, as valores em dinheiro, em espécie ou por meio de cartão de crédito, de acordo com o que for estabelecido no 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 em dinheiro, em espécie ou por meio de cartão de crédito, de acordo com o que for estabelecido no contrato.

49-Observação

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2018 11/2151	Dra. <i>Angélica Régis</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018 11/2151	Dra. <i>Angélica Régis</i>
32-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018 11/2151	* <i>Márcia C. G. Silva</i>
55-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	

Cirurgia-Dentista
CRO-PA 9796

Cirurgiã-Dentista
CRO-PA 9796