



2646255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 2 / 2 6	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14946682	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 4 / 2 6
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025020154500016301	POS REDE PRESTADORA	NOVA MOTORES E GERADORES	__/__/__	705008054113256

13-Nome	UALERSON GONCALVES DA PAIXAO	28/12/1995	14-Telefone	(4 7) 9 6 6 6 - 1 8 3 7	15-Nome do titular do plano	UALERSON GONCALVES DA PAIXAO
---------	------------------------------	------------	-------------	---	-----------------------------	------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 7116	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14781435000206	22-Nome do Contratado Executante ICARO INSTITUTO CATARINENSE DE RADIOLOGIA	23-Número no CRO 7116	24-UF SC	25-Código CNES 9778659	
26-Nome do Profissional Executante SANDRO MARCELO ZIEMBIKIEWICZ	27-Número no CRO 7116	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 8 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, 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), foi/foram 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa