



399847
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1|8|0|1|2|1|

1001

6-Número da Guia Principal
7974577

1141

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/3/10 10:20

3-Data de Emissão da Guia

06414
astro ANS

12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
11-Data Validade da Carteira	
15-Nome do titular do plano	
10-Empresa	
14-Teléfono	
9-Plano	
07/02/1986	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
11-Data Validade da Carteira	
15-Nome do titular do plano	
10-Empresa	
14-Teléfono	
9-Plano	
07/02/1986	

025 - Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(I) 85100200	
(I) 85100200	

19-UF SP	20-Código CBO S
18-Número no CRO 94101	24-UF SP
23-Número no CRO 94101	25-Código CNES
22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	28-UF SP
27-Número no CRO 94101	29-Código CBO S

17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR
17-CPF 1175156288917	22-CPF 1175156288917
17-Endereço 17-Cidade 17-Estado	22-Endereço 22-Cidade 22-Estado

17-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR
--

[illegible]

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 responsável e arcar com os custos previstos em 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, o(s) valor(es) necessário(s) para a realização do tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.