



1388699
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 3 / 2 3	4-Data de Autorização 2 5 / 0 3 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11039949	7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 6 / 2 3	1388699 INTERCÂMBIO
1-Idos do Beneficiário 0 0 2 0 2 5 5 3 0 4 9 9 0 0 0 0 0 1 0 1						
2-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 3 0 4 9 9 0 0 0 0 0 1 0 1		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional da Saúde _ _ _ _ _
1-Nome EDVAN ANDRADE DA SILVA			14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano EDVAN ANDRADE DA SILVA	
13-Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento 20/02/1972						
4-Atendimento a RN V	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
5-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 8 8 6 3 3 7 7 7 3 _ _ _		22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES _ _ _ _ _
6-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO			27-Número no CRO 49761	28-UF RJ	29-Código CBO S _ _ _ _ _	

[illegible]

1-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 ____1____4____6____0____0____	47-Valor Total R\$ ____0____0____0____	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ____0____0____0____
--	--	---	--	--	---

sclo, 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.

1-Observação

1-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
01/11/2014/23 [Assinatura]	01/11/2014/23 [Assinatura]	01/11/2014/23 [Assinatura]	01/11/2014/23 [Assinatura]