



	Página de #064	Código Emisso da Guia [1][8] / [0][5] / [2][2]	Data de Autorização [1][8] / [0][5] / [2][2]	Serviço AUTORIZADO	Número da Guia Principal 9914654	Data Validez do Serviço [1][6] / [0][8] / [2][2]
--	-------------------	--	--	-----------------------	-------------------------------------	--

985082
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 000202545748200005901		5-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número de Cartão
7-Mostrar LEONARDO GONCALVES DOS SANTOS		13-EMPREGADA UNION ADMINISTRADORA DE	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano LEONARDO GONCALVES DOS SANTO
8-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento 06/09/1985		16-Número no CNO 49476	19-UF MG	20-Código CBO S 09
9-Manuseio e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	025 -	

27-Código na Origem: CNPJ/CPF	22-Nome do Contratado Evidenciante	24-UF	25-Código CNES	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
1 2 1 5 4 3 0 2 6 4 5	GESSICA FERNANDES QUEIROZ	MG		
26-Nome do Prestador Evidenciante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S
GESSICA FERNANDES QUEIROZ		49476	MG	(1) 81000405

FOR THE POLICE

[illegible]

43-Dias Previsto Término do Tratamento	18/05/22
44-Tipo de Atendimento	3- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	92,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida 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 no plano de tratamento. Deleito, 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-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/81101511A12
51-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	11/81101511B12 CRO 6956
52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/81101511D12 x <i>leandro de paulo alves</i>
53-Dados locais e Caminho da Empresa	11/81101511E12 Rodoviária - 00001-57

Sanjiv Das

Empresa
Ortodontica L
CNPJ: 27.325.944/0001-52