



2-Nº



489988

INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

0	1	0	6	2	1
---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
8351811

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/3/10 3/12/113-Data de Emissão da Guia
10/3/10 13/12/111-Registro ANS
106414

Dados do Beneficiário

11-Data Validade da Carteira _____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde _____

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira

15-Nome do titular do plano

JESSE DE CASTRO LIBANIO

14-Telephone ()

13-Nome
ESSE DE CASTRO | IBANIO
17/07/1973

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 44044	19-UF CC	20-Código CBO S
---------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

N	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	Faturar Empresa
	Pro Meeiro do Cristallado Esculturas	23-Numero no CRO	24-UF	Enviar - PY
				25-Codigo CNES

[illegible]

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 3
ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	

[illegible][illegible]

2.

3. _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

9

$\frac{1}{10}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, autorizo e oporoceto a pagar, em nome e para o(a) beneficiário(a) do contrato, o valor de R\$ _____ (_____) referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4ª 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
			CRO-SC 14941

11/12/11/10/11/5/1	11/12/11/10/11/5/1	11/12/11/10/11/5/1	11/12/11/10/11/5/1
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------