



390757
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7938444

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização	12/11/10 12:01
-----------------------	----------------

Data de Emissão da Guia
0.6/11/201

1-Registro ANS

[illegible]

0	0	2	0	2	5	2	7	1	7	9	1	0	0	0	0	0	1	0	1
POS REDE FILIADORA																			
13-Name																			
CARLA APARECIDA CAZEIRA HUMBERTO																			
26/04/1970																			
14-Telephone																			
(111) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0																			
15-Name do titular do plano																			
CARLA APARECIDA CAZEIRA HUMBERTO																			

CARLA APARECIDA OLIVEIRA TOMBERTO		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN	118811	SP	025 -
Estatuar Empresa			

N	JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF											
4	3	1	8	1	2	3	2	8	0	3	1
22-Nome do Contratado Executante											
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ											
23-Número no CRO											
118811											
24-UF											
SP											
25-Código CNES											

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

9

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / /	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Atendimento 46-Vale Recorrimento 1-Total 2-Parcial
--	---

Declaro, que após ter sido esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e as demais condições de prestação do tratamento, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assumido(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta os procedimentos realizados, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

16 - O interessado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	-------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/11/2012

21/11/2012 - Carlos Henrique de Paula
Cirurgião Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
