



2541605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 1 2 / 1 1 / 2 5	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 14608473	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 1 / 2 6
--------------------------	--	--	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

13-Nome

28/05/1969

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N 17-Nome do Profissional Solicitante
KARINA ANDRADE CARVALHO 18-Número no CRO
120439 19-UF
SP 20-Código CBO S
025 -
Estarar Empresa

5 8 9 7 1 9 1 1 0 0 0 1 4 6	ANDRADE E PIMENTA ODONTOLOGIA LTDA ME	120439	SP	5893674
26-Nome do Profissional Executante KARINA ANDRADE CARVALHO	27-Número no CRO 120439	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código de Procedimento

025 -
Faturar Empresa

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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descreto(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.

Referentes a

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