


257085
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/11 19	4-Data de Autorização 11/04/10 12/11 20	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7247549	7-Data Válida da Guia 10/03/10 13/11 20
8-Planos POS REDE PRESTADORA			9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
10-Telefone () - - - - -			11-Data Válida da Carteira / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome do titular do plano CAMILA LAMAS BECK		
14-Data de Validade da Guia 04/01/2002					
15-Atendimento a RN 16-Nome do Profissional Solicitante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA					
17-Código de Operadora / CNPJ / CFP 18-Nome do Contratado Executante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA					
19-Número no CRO 32922					
20-Código CBO S RJ					
21-Telefone 32922					
22-Número no CRO 32922					
23-Código CNES RJ					
24-UF RJ					
25-Código CBO S RJ					
26-Nome do Profissional Executante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA					
27-Valor R\$					
28-UF RJ					
29-Código CBO S RJ					
30-Valor R\$					
31-Valor R\$					
32-Valor R\$					
33-Valor R\$					
34-Valor R\$					
35-Valor R\$					
36-Valor R\$					
37-Valor R\$					
38-Valor R\$					
39-Valor R\$					
40-Valor R\$					
41-Valor R\$					
42-Valor R\$					
43-Valor R\$					
44-Valor R\$					
45-Valor R\$					
46-Valor R\$					
47-Valor R\$					
48-Valor R\$					
49-Valor R\$					
50-Valor R\$					
51-Valor R\$					
52-Valor R\$					
53-Valor R\$					
54-Valor R\$					
55-Valor R\$					
56-Valor R\$					
57-Valor R\$					
58-Valor R\$					
59-Valor R\$					
60-Valor R\$					
61-Valor R\$					
62-Valor R\$					
63-Valor R\$					
64-Valor R\$					
65-Valor R\$					
66-Valor R\$					
67-Valor R\$					
68-Valor R\$					
69-Valor R\$					
70-Valor R\$					
71-Valor R\$					
72-Valor R\$					
73-Valor R\$					
74-Valor R\$					
75-Valor R\$					
76-Valor R\$					
77-Valor R\$					
78-Valor R\$					
79-Valor R\$					
80-Valor R\$					
81-Valor R\$					
82-Valor R\$					
83-Valor R\$					
84-Valor R\$					
85-Valor R\$					
86-Valor R\$					
87-Valor R\$					
88-Valor R\$					
89-Valor R\$					
90-Valor R\$					
91-Valor R\$					
92-Valor R\$					
93-Valor R\$					
94-Valor R\$					
95-Valor R\$					
96-Valor R\$					
97-Valor R\$					
98-Valor R\$					
99-Valor R\$					
100-Valor R\$					

Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade

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 obrigações 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/04/10 12/11 20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/04/10 12/11 20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

11/04/10 12/11 20

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

11/04/10 12/11 20

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

11/04/10 12/11 20