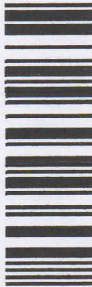


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412620
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
03/10/21/21

6-Número da Guia Principal
50204123

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
05/11/20

3-Data de Emissão da Guia
05/11/20

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708400711199163

11-Data Validade da Carteira
11/11/21

10-Empresa
UNICRED CENTRAL RJ MT

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
003799940596217001

15-Nome do titular do plano
ANGELICA MARIA FRANCA DAVID

14-Telefone
() 11 11 11 11 11 11

13-Nome
ANGELICA MARIA FRANCA DAVID

19/11/1973

16-Atendimento a RN
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

17-Nome do Profissional Solicitante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

18-Número no CRO
8683

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

21-UF
RJ

22-Número no CRO
8683

23-UF
RJ

24-UF
RJ

25-Código CNES
8683

26-UF
RJ

27-Número no CRO
8683

28-UF
RJ

29-Código CBO S
8683

30-UF
RJ

31-UF
RJ

32-UF
RJ

33-UF
RJ

34-UF
RJ

35-UF
RJ

36-UF
RJ

37-UF
RJ

38-UF
RJ

39-UF
RJ

40-UF
RJ

41-UF
RJ

42-UF
RJ

43-UF
RJ

44-UF
RJ

45-UF
RJ

46-UF
RJ

47-UF
RJ

48-UF
RJ

49-UF
RJ

50-UF
RJ

51-UF
RJ

52-UF
RJ

53-UF
RJ

54-UF
RJ

55-UF
RJ

56-UF
RJ

57-UF
RJ

58-UF
RJ

59-UF
RJ

60-UF
RJ

61-UF
RJ

62-UF
RJ

63-UF
RJ

64-UF
RJ

65-UF
RJ

66-UF
RJ

67-UF
RJ

68-UF
RJ

69-UF
RJ

70-UF
RJ

71-UF
RJ

72-UF
RJ

73-UF
RJ

74-UF
RJ

75-UF
RJ

76-UF
RJ

77-UF
RJ

78-UF
RJ

79-UF
RJ

80-UF
RJ

81-UF
RJ

82-UF
RJ

83-UF
RJ

84-UF
RJ

85-UF
RJ

86-UF
RJ

87-UF
RJ

88-UF
RJ

89-UF
RJ

90-UF
RJ

91-UF
RJ

92-UF
RJ

93-UF
RJ

94-UF
RJ

95-UF
RJ

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) 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.

46-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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

ANGELICA MARIA FRANCA DAVID

ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA