

366005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2018		4-Data de Autorização 18/09/2019		5-Senha AUTORIZADO 7830475		6-Número da Guia Principal 7830475		7-Data Validade da Senha 12/09/2019		3660005 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
13-Nome VIVIANE ELIOTE DE QUEIROZ DA SILVA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano VIVIANE ELIOTE DE QUEIROZ DA SILVA													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA													
11-Data Validade da Carteira / /													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante KATIUCHA MANNA BELLASALMA													
18-Número no CRO 14428													
19-UF PR													
20-Código CBO S													
21-Código na Operadora / CNP / CPF 027 - Faturar Empresa													
22-Nome do Contratado Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA													
23-Número no CRO 14428													
24-UF PR													
25-Código CINES													
26-Nome do Profissional Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA													
27-Número no CRO 14428													
28-UF PR													
29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Descrição													
31-Código do Procedimento													
32-Quantidade US													
33-Quantidade US													
34-Face													
35-Qtde													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Glorificação													
42-Assinatura													
43-Data Prevista Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Atendimento													
46-Tipo de Atendimento													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													

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(ram) 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 previstos em contrato.

49-Observação

500-Dati, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante	57-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dati, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável	53-Dati, local e Carimbo da Empresa
11/7/97 11/04/98 mbellaxalme	11/7/97 11/04/98 mbellaxalme	11/7/97 11/04/98 Diavone.	11/7/97 11/04/98