



1372408
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 2 / 0 6 / 2 3

5-Número da Guia Principal
10992407

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10 / 4 / 10 4 / 12 / 3

3-Data de Emissão da Guia
1 4 / 10 3 / 12 / 3

1-Registro AHS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 2 5 3 1 3 9 9 0 0 0 0 1 0 3
11-Data Validade da Carteira
11 / 11 / 11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JARDEL DA SILVA NASCIMENTO
14-Telefone
() / /
15-Nome do titular do plano
MARIA MADALENA CHAVES DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTO NEWS MACAPA
18-Número no CRO
433
19-UF
AP
20-Código CBO S
06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 9 8 9 8 0 3 6 0 0 0 1 6 2
22-Nome do Contratado Executante
KE F FAVACHO
23-Número no CRO
433
24-UF
AP
25-Código CNES
9999999
26-Nome do Profissional Executante
KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO
27-Número no CRO
433
28-UF
AP
29-Código CBO S
06
30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

30-Valor
31-Quantidade US
32-Valor
33-Franquia/Co-participação R\$
34-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Cessa 42-Assinatura

Declaro, que após ter sido informado dos 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 tratamento realizado pelo profissional assistente é de minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado pelo profissional assistente.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Cirurgião Dentista
CRO AP 433

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Cirurgião Dentista
CRO AP 433

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Beneficiário / Responsável
CRO AP 433

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Profissional Assistente
CRO AP 433

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Profissional Contratado
CRO AP 433

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/12/2014
Kelson E. F. Favachio
Profissional Contratado
CRO AP 433