



833407
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
9448211

5-Senha

4-Data de Autorização

3- Data de Emissão da Guia

CONTOUR per ogni problema

406414	1 0 / 0 1 / 2 2	1 0 / 0 0 0 0 0 0 1 0 1 1	16-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		16-Numero da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 3 1 3 4 6 0 0 0 0 0 1 0 1 1		15-Nome do titular do plano CLAUDILEIA RIBEIRO SOUZA		
1-Nome		08/10/1987		14-Telefone _ _ _ _ _		

CLAUDILEIA RIBEIRO SOUZA Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839111		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante N		26-Nome do Profissional Executante N		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S N	

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado(s), autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que estiver sob sua responsabilidade, o valor devido pelo procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), no prazo máximo de 60 dias úteis, contados a partir da data de assinatura deste termo de consentimento informado, sem qualquer ônus para mim, e sem prejuízo das demais obrigações legais e contratuais decorrentes do contrato firmado entre as partes.

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, não estão cobertos pelo plano de saúde ou seguro de vida em vigor, portanto, não haverá ressarcimento por parte da operadora de planos de saúde ou seguradoras de vida.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Beneficiário		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
	15/10/2012		15/10/2012		15/11/2012		15/10/2012	

ARDO FERRARESI
PERIODONTISTA
CRO-SP 61320