



2-Nº

370561
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
78507515-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
10.09.20193-Data de Emissão da Guia
0 4 0 0 2 0 .

I-Registro ANS

Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validada da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
3-Número da Carteira		POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA		_/_/__/_/_/___			
0 0 2 0 2 5 3 1 8 0 2 4 0 0 0 1 0 1									
13-Name		28/07/1973		14-Telefone		15-Nome do titular do plano			
ANA RUBIA LAURATO DA PALMA				() - - - - -		ANA RUBIA LAURATO DA PALMA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF	20-Código CBO S
N		SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		112913		SP	
16-Atendimento a RN		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF	25-Código CNES
N		SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		112913		SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
0 8 1 5 1 2 1 9 9 9 6 1 0		112913		SP			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		112913		SP			

[illegible][illegible]

 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) 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 previstos em contrato. Declaro, ainda que (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) 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 previstos em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	17/10/2019 Dante Mezquita de Oliveira Dante Mezquita de Oliveira	17/10/2019 Dante Mezquita de Oliveira Dante Mezquita de Oliveira	17/10/2019 Dante Mezquita de Oliveira Dante Mezquita de Oliveira	17/10/2019 Dante Mezquita de Oliveira Dante Mezquita de Oliveira