



467165
INTERCÂMBIO

gistro ANS 6414		3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256575	7-Data Validade da Senha 02/05/21	467165 INTERCÂMBIO	
s do Beneficiário mero da Carteira 0202535293200000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
ome IAO PAULO RODRIGUES				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO PAULO RODRIGUES			
s do Contratado Responsável pelo Tratamento tendimento a RN				17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
ódigo na Operadora / CNPJ / CPF 35101915149		22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES		
ome do Profissional Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES				27-Número no CRO 1852	28-UF TO	29-Código CBO S		

[illegible]

ata Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
------------------------------------	--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia Maxilofacial

aro, 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
rato. 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
entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Observação: _____

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Data, local e Carimbo da Empresa