

2-N^o

1259697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/12/22		4-Data de Autorização 08/12/22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10677717		7-Data Validade da Senha 08/03/23		1259697 INTERCÂMBIO									
Dados do Beneficiário																					
8-Número da Carteira 00202540344800000101										9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _/_/ _/_/ _/ _/		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ALINE FERREIRA DA SILVA																					
14-Telefone () - - - - -																					
15-Nome do titular do plano ALINE FERREIRA DA SILVA																					
16-Data de Nascimento 11/11/1984																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																					
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante ORTHOLIFE		19-Número no CRO 11886		20-UF DF		21-Código CEO S 05		22-Data de Emissão da Guia 08/12/22		23-Data de Autorização 08/12/22		24-Senha AUTORIZADO		25-Número da Guia Principal 10677717		26-Data Validade da Senha 08/03/23		27-1259697 28-INTERCÂMBIO	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36580953000113																					
22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA ISABELLA ALENCAR																					
23-Número no CRO 11886																					
24-UF DF																					
25-Código CNES 0157953																					
26-Nome do Profissional Exequente ISABELLA FERREIRA ALENCAR																					
27-Número no CRO 11886																					
28-UF DF																					
29-Código CEO S																					
30-Data de Emissão da Guia 08/12/22																					
31-Data de Autorização 08/12/22																					
32-Senha AUTORIZADO																					
33-Número da Guia Principal 10677717																					
34-Data Validade da Senha 08/03/23																					
35-1259697 36-INTERCÂMBIO																					

[illegible]

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 no contrato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/22 Dra. Isabella Ferreira Alencar Cirurgiã Dentista CRO-DF 11886	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/22 Dra. Isabella Ferreira Alencar Cirurgiã Dentista CRO-DF 11886	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/22 M. S. S. S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /