



2-N/0

432523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização 0 7 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109822	7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 3 / 2 1	432523 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1010220252721460000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ALICE MELLO PACHECO			10/07/2011	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSANI MELLO FERREIRA PACHECO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRC		19-UF		20-Código CBO S		025 -	
CRISLANE SILVA DA CONCEICAO		41932		RJ				Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRC		24-UF	
N		11401912418371241111		CRISLANE SILVA DA CONCEICAO		41932		RJ	
25-Nome do Profissional Executante		26-Número no CRC		27-UF		28-Código CBO S			
CRISLANE SILVA DA CONCEICAO		41932		RJ					

[illegible]

43-Dia de emissão do documento	08/11/2020	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	1	0	6	0	0	47-Valor Total R\$	0	0	0	0	48-Total Franquia / Coparticipação R\$	0	0	0	0
--------------------------------	------------	------------------------	---------------------------	---------------------	--------------	-----------------------	------------------------	---------	-----------	------------------------	---	---	---	---	---	--------------------	---	---	---	---	--	---	---	---	---

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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.

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Médico Integrado LIDA
	 02/11/2020	 02/11/2020	 02/11/2020

GRADALIDA

52. Data: 10/10/2014 Assinatura do Expediente / Responsável: [Assinatura] M.O.D. [Assinatura]

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

O-Data: 10/11/2011