



489700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Encargos da Guia 0 1 3 1 0 3 1 2 1 1	4-Data de Autenticação 0 1 3 1 0 3 1 2 1 1	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8350547	7-Data Validade da Guia 0 1 1 1 0 1 6 1 1 2 1 1
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Nome do Consultado LEITICIA GABRIELLE MELLO QUEIROZ	9-Data de Nascimento 0 0 2 0 2 5 3 0 8 7 6 0 0 0 0 0 1 0 3	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LEITICIA GABRIELLE MELLO QUEIROZ	14-Data de Nascimento 14/04/2002	15-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	16-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	17-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

18-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	19-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	20-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	21-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

23-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	24-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	25-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	26-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	27-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

28-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	29-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	30-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	31-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	32-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

33-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	34-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	35-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	36-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	37-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

38-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	39-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	40-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	41-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	42-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

43-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	44-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	45-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	46-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	47-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

48-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	49-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	50-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	51-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	52-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

53-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	54-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	55-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	56-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	57-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

58-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	59-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	60-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	61-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	62-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

63-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	64-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	65-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	66-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	67-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

68-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	69-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	70-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	71-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	72-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

73-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	74-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	75-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	76-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	77-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

78-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	79-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	80-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	81-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	82-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

83-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	84-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	85-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	86-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	87-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

88-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	89-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	90-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	91-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	92-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

93-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	94-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	95-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	96-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	97-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	---------------------------------------	---	---------------------------------------

98-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	99-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	100-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	101-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	102-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--	--	--

103-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	104-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	105-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	106-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	107-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

108-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	109-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	110-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	111-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	112-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

113-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	114-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	115-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	116-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	117-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

118-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	119-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	120-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	121-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	122-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

123-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	124-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	125-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	126-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	127-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

128-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	129-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	130-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	131-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	132-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

133-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	134-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	135-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	136-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	137-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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.

138-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	139-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	140-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	141-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	142-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

143-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	144-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	145-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	146-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	147-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

148-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	149-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	150-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	151-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	152-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

153-Nome do Consultado LUIS FREDERICO REIS NEVES	154-Data de Nascimento 0 4 1 0 3 1 2 1 1	155-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	156-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	157-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---	--	--	--

Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato.

Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato.

Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato.

Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato.