



2.4.

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 0 1 2 2	4-Data de Autenticação 1 2 0 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9458970	7-Data validade da Senha 1 2 0 4 2 2
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

836967
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 3 9 9 1 8 0 0 0 4 8 6 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ONHIGHWAY BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13- Nome GUSTAVO DE DEUS MELO	22/03/2015	14- Telefone () -	15- Nome do titular do plano DEAN GUIMARAES DE MELO
----------------------------------	------------	-----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número na CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Estatuar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
--	---	--------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 81000421-
---	--------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodônia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US\$ ____,____,____0,____0,____0	47-Valor Total ____,____,____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 a arcar com os custos previstos em 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CNPJ 05.672.891/0001-93

CEMED! ODONTOLOGIA LTDA
local: Camarões, Foz de Iguaçu
CNPJ 05.672.891/0001-93