



383156
INTERCÂMBIO

1-ANO ANS 1414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 2 5 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194370	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 2 / 2 0
-------------------	--	--	-----------------------	--	---

do Beneficiário										9-Plano										10-Empresa										11-Data Validade da Carteira										12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 0 9 9 8 3 8										POS REDE PRESTADORA										C E S SERVICOS CON																				705006616554959									

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SCILA DAS GRACAS COURE	() -	PRISCILA DAS GRACAS COURE

do Contratado Responsável pelo Tratamento					
Indicador a RN	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	18-Número no CRO 20296	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa

1442870729 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	23-Número no CRO 20296	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---------------------------	-------------	----------------

me do Profissional Executante ISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	27-Número na CRO 20296	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	--------------------------------------	------------------------	------------------------

[illegible][illegible]

43-Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
5/10/2019	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 4 0 0	0 0 0	

ro, 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 todo. 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.

servação

Antenn. Medium, very broad x Pencil das g. Grove

15/09/20	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____	63-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
----------	---	---	---