

2-N¹⁰

325419
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Data de Autorização	5-Serina	6-Número da Guia Principal	7-Dota Validade do Scrifito
406414	1 7 / 1 0 / 1 6 / 1 2 0 1	1 2 3 / 1 0 / 1 6 / 1 2 0 1	AUTORIZADO	7639098	1 5 / 1 0 / 9 / 1 2 0 1	

8-Número da Cardella	0 0 2 0 2	5 3 0 2 1	9 3 0 0 0	0 0 1 0 2	
9-Plano	POS REDE PRESTADORA				
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA				
11-Ditta Volontario da Carteira	_	_	_	_	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					

13-Nome WELLINGTON SOUZA SILVA	01/12/1987	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA
-----------------------------------	------------	--------------------	---

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	DIEGO ADRIANO RICARDO	
18-Número no CRO	121025	19-UF	SP	20-Código CBO 5
		025 -		
		Estados Unidos		

21-Código da Operadora / CNPJ / CFF 131318911398126111	22-Nome do Contratado, Exercente DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número do CRO 121025	24-UF SP	25-Código CNES Envio - RX (IF) 85200158-36	Fatura Empresa
---	--	-----------------------------------	--------------------	---	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DIEGO ADRIANO RICARDO	121025	SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fanco	35-Sidi	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Moivo da Ciosa	42-Assinatura
-10-10-00	815	TATAMENTO ENDODONTICO	36	"	"	15	33,00	0,00	"Su"	12/06/00	"f"	f

[illegible][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 em contrato. Declaro, ainda que (x) procedimentos/descrições acima, e/ou () procedimentos/descrições abaixo, foram realizados por mim, e/ou por outro profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

No Good Answer

[illegible]

Diego Adriano Ricardo
Cirurgião-Dentista
CRO 121025