



2-Nº

540340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 5/12 1		4-Data de Autorização 10/6/10 5/12 1		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8545929		7-Data Validade da Sineta 10/1/10 8/12 1		540340 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025302319900000103				8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome GABRIEL DE OLIVEIRA TEIXEIRA				24/04/2009		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano DELEON LUTIANE DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947				22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS								27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S	

[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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima é (s) por mim assinado(s), tolloram 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 solicitado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 06/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 06/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 06/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 06/10/2011

IN RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRA 8307