

455767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 1 8 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8204259	7-Data Validade da Senha 1 8 / 0 1 / 2 1
Dados do Beneficiário				12-Número do Carilho Nao	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 6 9 3 0 0 0 0 1 0 2				11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	
9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome VALDECY DA SILVA				15-Nome do titular do plano VALDECY DA SILVA	
14-Telefone () - - - - -					
28/10/1986					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO		19-UF	20-Código CBO S
15-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	23-Número no CRO		24-UF	25-Código CNES
N	ANA CARLA DA COSTA LIMA	6497		MS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		27-UF	28-Código CBO S
01511813151811940111		ANA CARLA DA COSTA LIMA		MS	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF	29-Código CBO S
		6497		MS	

[illegible]

44- Tipo de Atribuição: ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodntia 4-Urgência/Emergência

43- Data Previsto Término do Tratamento: 20/06/2014

☐ 1-Total 2-Parcial

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), foi(ram) 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 necessários para a realização do tratamento, e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	20/10/17 Ana Cátia C. Costa Cirurgiã Dentista CROPR 27327-CROIMMS 6497	20/10/17 Ana Cátia C. Costa Cirurgiã Dentista CROPR 27327-CROIMMS 6497	20/10/17 Ana Cátia C. Costa Cirurgiã Dentista CROPR 27327-CROIMMS 6497	20/10/17 Ana Cátia C. Costa Cirurgiã Dentista CROPR 27327-CROIMMS 6497