

451575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Dia de Emissão da Guia	1 2 1 0 1 1 2 1
4-Dia de Autorização	1 2 1 0 1 1 2 1
5-Sinhe	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8186336
7-Dia Validade da Sinhe	1 2 1 0 4 1 2 1

Ordem do Beneficário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 1 4 2 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome FRANCISCA SIMONE COSMO DO NASCIMENTO	05/09/1976	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA SIMONE COSMO DO NASCIMENTO	

Dados do Contrato **Reservados para Tratamento**

15-Atribuição e IRN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO 3		025 - Fatura
N		ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		8314		CE				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Exculcanta		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNEB		
6 5 2 3 9 9 0 3 3 8 7		ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		8314		CE				
26-Nome do Profissional Exculcanta		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO 3				
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		8314		CE						

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento

	43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento
	/	1-Tratamentos Odontológicos 2-Exame Radiológico 3-Oftalmologia 4-Urgência Emergência

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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-Observatio

[illegible]