



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/21	4-Data de Autenticação 05/10/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172235	7-Data Validação da Sentença 05/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

447592
INTERCAMBIO

8-Data de Beneficiário 05/10/21	9-Data de Beneficiário 05/10/21	10-Data de Beneficiário 05/10/21	11-Data de Beneficiário 05/10/21	12-Data de Beneficiário 05/10/21	13-Data de Beneficiário 05/10/21
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

14-Data de Beneficiário 05/10/21	15-Data de Beneficiário 05/10/21	16-Data de Beneficiário 05/10/21	17-Data de Beneficiário 05/10/21	18-Data de Beneficiário 05/10/21	19-Data de Beneficiário 05/10/21
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

20-Data de Beneficiário 05/10/21	21-Data de Beneficiário 05/10/21	22-Data de Beneficiário 05/10/21	23-Data de Beneficiário 05/10/21	24-Data de Beneficiário 05/10/21	25-Data de Beneficiário 05/10/21
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

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, compondo-o, conforme a orientação do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(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 referentes ao tratamento realizado, compondo-o, conforme a arca com os custos conforme previsto em contrato.

26-Data de Beneficiário 05/10/21	27-Data de Beneficiário 05/10/21	28-Data de Beneficiário 05/10/21	29-Data de Beneficiário 05/10/21	30-Data de Beneficiário 05/10/21	31-Data de Beneficiário 05/10/21
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------