

TRANSFUSÃO DE SANGUE

ANS	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640581	7-Data Válida da Senha 1 5 / 0 9 / 2 0	325754 INTERCÂMBIO
-----	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------------

Beneficiário										9-Plano										10-Empresa										11-Data Validação da Carteira								12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
a Carteira										POS REDE PRESTADORA										DENTAL UNI COOPERATIVA																																	
2 0 2 5 2 6 1 2 3 5 0 0 0 0 1 0 1																																																					

22/03/1988

Contratado Responsável pelo Tratamento

ento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante LEANDRO FAGUNDES FONSECA
-----------	--

na Operadora / CNPJ / CPF

6 2 7 6 6 5 6 3 8

PROFISSIONAL EXECUTANTE
DRO FAGUNDES FONSECA

Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

Revisão Periódica do Tratamento

8/1/2020 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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 o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

vacção

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

801/20

51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/01/2014 Friday

53-Data total e Caximbo da Empresa

28/07/20