



329802
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/05/10 16/12/01	4-Data de Autorização 12/09/10 16/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661775	7-Data Validade da Sentença 12/03/10 09/12/01
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

INTERCAMBIO

8-Número de Carteira 010120253040250000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DOUGLAS CRISTIANO DA SILVA	22/10/1996	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS CRISTIANO DA SILVA
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01815219966101	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiço	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			25/11/10	20	DOUGLAS C.
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			24/10/10	20	DOUGLAS C.
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			24/10/10	20	DOUGLAS C.
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			24/10/10	20	DOUGLAS C.
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/10	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler e estar devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/10 Dr. Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/10 Dr. Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/10 DOUGLAS C.	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	--