

1-Data de Emissão da Guia	15/10/2017
2-Data de Autorização	17/10/2017
3-Senha	AUTORIZADO
4-Número da Guia Principal	7709572
5-Data de Validade da Senha	14/11/2017

340192
INTERCÂMBIO

110-Id Carteira	22022520000048201
6-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	GERSP GREMIO ESPORTIVO
11-Data Validade da Carteira	____/____/____
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

SSANDRA OLIVEIRA PEREIRA GODINHO	06/11/1985	()-	ALESSANDRA OLIVEIRA PEREIRA GODINHO
----------------------------------	------------	------	-------------------------------------

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
			025

Identificação e RN		17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA		18-Número no CRO 7277		19-UF MT		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
Identificação e RN		22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA		23-Número no CRO 7277		24-UF MT		25-Código CNES			
Identificação e RN		27-Número no CRO 7277		28-UF MT		29-Código CBO S					

e Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		

[illegible][illegible]

1-Previsão Término do Tratamento	3/10/2011
44- Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orcamentoria 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	174,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

to, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), diário(s), acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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 em nome do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	17/10/2011	<i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/10/2011	<i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	17/10/2011	<i>Almirante</i>
54-Data, local e Cemitório da Empresa	17/10/2011	<i>D^o Beatriz A. Sales</i>

Beatriz A. Sales
Cirurgiã Dentista
CRO/MT 7277