



341673
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/07 4-Dia de Autorização 12/01/07 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7716038 7-Dia Validade da Semha 11/01/07 8-Dia Validade da Semha 11/01/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202518650900006801 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome YANDRA CRISTINA CACHOROSKI 14-Telefone 26/04/2001 15-Nome do Titular do plano YANDRA CRISTINA CACHOROSKI

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI 18-Número no CRO 29697 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 09315295900 22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNE S 26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI 27-Número no CRO 29697 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	5126101120				Yandra E.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/07 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocôntia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 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 12/01/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 53-Data, local e Campo da Empresa 12/01/07

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgia Dentista
CRO PR 29697