



415528
INTERCÂMBIO

6-Número da Guia Principal
808345

7-Data Válida da Senha
08/10/2011

1-Registro AINS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/01/11

5-Senha
AUTORIZADO

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Válida da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FRANCIELLI CAROLINA MACHADO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DANIEL GUEDES

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Avulamento e RN
GABRIEL FABIANI

17-Nome do Profissional Solicitante
GABRIEL FABIANI

18-Número no CRO
29697

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-UF
PR

22-Código CNES
29697

23-Número no CRO
29697

24-UF
PR

25-Código CBO S
025 -

26-UF
PR

27-Código CBO S
025 -

28-Nome do Profissional Executante
GABRIEL FABIANI

29-Número no CRO
29697

30-UF
PR

31-Código CNES
29697

32-UF
PR

33-Código CBO S
025 -

34-UF
PR

35-Código CBO S
025 -

36-UF
PR

37-Código CBO S
025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0-0	8-5-2-0-0-1-4-0	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	1	3-3-3-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6-1-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
4-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
5-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
6-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
9-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
11-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
12-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
13-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
14-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
15-0-0	8-1-0-0-0-4-2-1	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	1-4-0-0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$
12/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cinco-dentia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	14-2-2-0-0	0,00	0,00

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/11 11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Centista
12/11/11 11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/11 11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/11 11/11/11

54-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/11 11/11/11

Dra. Gabriela Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697