



350225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/08/2010 4-Data de Autorização 06/08/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7756749 7-Data Validade da Semeta 01/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020250629690001503

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MATEUS HENRIQUE TREMEA

22/06/2009

14-Telefone 0000000000

15-Nome do Titular do plano IVONETE TEREZINHA TREMEA PLEIN

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 CNPJ / CPF 093152959000 22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI

23-Número no CRO 29697

24-UF PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI

27-Número no CRO 29697

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	34	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
2-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	35	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
3-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
4-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	44	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
5-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	45	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
6-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
7-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
8-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	14	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
9-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00			08/12/10		
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/10	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 441,00	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 10/10/08/10/10 Drs Brunes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/08/10/10 gabrieli fabiani

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/08/10/10 Flávia

53-Data, local e Campo da Empresa 10/10/08/10/10 Vale Brunes

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697