

368928
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 0021091201		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7843779		7-Data Validade da Senha 01/11/2101		368928 INTERCÂMBIO	
idos do Beneficiário -Número da Carteira 0020252101851010054011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LF INDUSTRIA E COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome ERIKA SILVA VIEIRA		25/11/1996		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ERIKA SILVA VIEIRA			
idos do Contratado Responsável pelo Tratamento 6-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		18-Número no CRO 29322		19-UF PR		025 - Faturar Empresa	
1-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018939129395911		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		Enviar - RX (1) 85100218	
6-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		29-Código CBO S			
Isto é Tratamento / Procedimentos Solicitados									
10-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-0101851101218		RESTAURAÇÃO RESINA		15 MOD 1		1221010		37-Valor	
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/109/1201		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortolonia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1221010		47-Valor Total R\$ 1010101	
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam 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 15/109/1201		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/109/1201		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/109/1201		53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/109/1201			
						Dra. Danieli Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR: 29322			