



404209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/11 01/20	4-Data de Autorização 12/29/11 01/20	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7993055	7-Data Validade da Sineta 12/21/01 11/21
8-Número da Carteira 010202506065700223802			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JUSSARA TERESINHA THOMAZI DUTRA DE CONTO			14-Teléfono (11) 00001010000	15-Nome do titular do plano DANIEL DE CONTO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08152999660			22-Nome do Contratado Excutante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
26-Nome do Profissional Excutante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA			27-Número no CRO 112913		
28-UF SP			29-Código CBO S 112913		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		28/11/2012	
2-0	018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		29/11/2012	
3-0	018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		29/11/2012	
4-0	018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		29/11/2012	
5-0	018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		29/11/2012	
6-0	01815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	88,00	0,00	0,00		29/11/2012	
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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 28/10/12 Dra. Suellem Mezzette de Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Operador 29/11/2012 Dra. Suellem Mezzette de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2012 Jussara Thomazi Dutra de Conto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/2012 CNH Industrial Brasil Ltda
--	---	---	---