



388349

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 01/2/10 4-Data de Autorização 10/8/11 01/2/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7927689 7-Data Validade da Senha 13/1/12 01/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 518650900046602 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRENDA LOHANA DA SILVA 25/12/2012 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JEFERSON WILLIAN MOREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIEL FABIANI 18-Número no CRO 29697 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0931529900 22-Nome do Contratado Executante GABRIEL FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNES 26-Envio - RX 27-Número no CRO 29697 28-UF PR 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante GABRIEL 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-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00		0,00		18/11/12		
2-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1		49,00		0,00		18/11/12		
3-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1		49,00		0,00		18/11/12		
4-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1		49,00		0,00		18/11/12		
5-000	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1		49,00		0,00		18/11/12		
6-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84 OD	1		88,00		0,00		18/11/12		
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/11/12 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 356,00 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/12

Dra. Gabriela Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697