

768145
INTERCÂMBIO

12 Museo do Cartão Nacional da Escrita

CLAUDIA CONSTANTINO MORAES

025 - Faturar Empresa

22 nome do Contribuinte Exatante
MARCELLE DE SOUZA

27-Admiso no CBO 137775	28-UF SP	29-Código CBO S
----------------------------	-------------	-----------------

Phacelia (M.S.)
Phacelia (M.S.)
Phacelia (M.S.)
Phacelia (M.S.)

1250

[illegible]

16-150

Marcelle S. Gilmart
Cirurgia Dentista
CROSP 13776

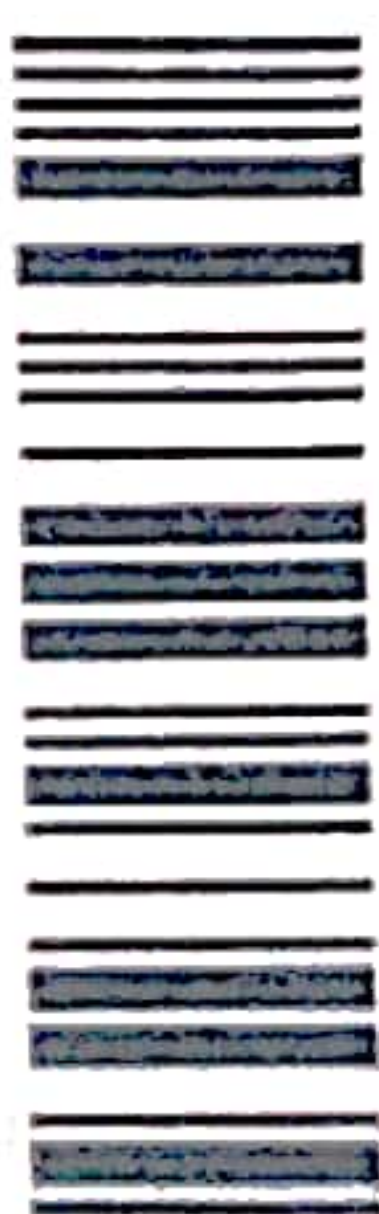




lanquidizante para uso de 500ml

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



768108
INTERCÂMBIO

1-Registro AVIS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 11:21

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 9252995

7-Data Validade da Senha 10/02/11 02:12

8-Data de Beneficiário

9-Número da Carteira 00020254330610000101

9-Plano POS REE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALLARICE RAFAELE DE PAULA SANTOS ALMEIDA

15/09/1994

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ALLARICE RAFAELE DE PAULA SANTOS ALMEIDA

Depois do Contrato Responder ao Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Profissional Solicitante MARCELLE DE SOUZA GUIMARAES

18-Número no CRO 137775

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ 1153913147551111 22-Nome do Contratado Executante MARCELLE DE SOUZA GUIMARAES

23-Número no CRO 137775

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MARCELLE DE SOUZA GUIMARAES

27-Número no CRO 137775

28-UF SP

29-Código CBO S

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/11		*Almeida
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/11		*Almeida
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/11		*Almeida
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/11		*Almeida
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/11

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 144,00

47-Valor Total R\$

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 este. Declaro, ainda que este procedimento, foi 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-Operação

50-Data local e Assinatura do Contratado 05/11/11

51-Data local e Assinatura do Contratado 05/11/11

52-Data local e Assinatura do Beneficiário 05/11/11

53-Data local e Carimbo da Empresa 05/11/11

Marcelle S. Guimarães
Cirurgiã Dentista
CROSP 137775