



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012 4-Data de Autorização 31/08/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7829657 7-Data Validade da Senha 12/08/2012 8-Data Validade da Guia 12/08/2012

365811
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253160930000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IVONE/CATTANI 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano IVONE/CATTANI

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 09315295900 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

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/09/2012 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 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaram, 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 01/09/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/2012

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697