



337998
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/07 12:01	4-Data de Autorização 15/07/2007	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699131	7-Data Validade da Sentia 11/10/2007
--------------------------	--	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065700491204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

LAURA HELOISE SILVA DUTRA	22/03/2007	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARMEN LUCIA SILVA DUTRA
---------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0815299660	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CUES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	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-Cid	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				20/07/2007		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00				20/07/2007		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00				20/07/2007		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Tratamento	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/2007 Dra. Suelen Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/2007 Dra. Suelen Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/2007 Carmen Lucia Silva Dutra Cirurgia - Dentista	53-Dado, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

de Suelen Mezzette de Oliveira
CROSP 112913

de Suelen Mezzette de Oliveira
CROSP 112913

[Assinatura]