



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 12 00	4-Data de Autorização 16/11/10 12 00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7954703	7-Data Validade da Senha 11/11/10 11 21
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

395005
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 2 2 8 8 4 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA SOUZA LEITE	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano KELLINGTON OLIVEIRA BISCOLCHINI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 8 1 5 2 9 9 6 6 0	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913
28-UF SP	29-Código CBO S

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
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8 8 0 0		0 0 0 0		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/10	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 8 8 0 0	47-Valor Total R\$ 10 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

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, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/10 30 de Novembro de 2010 Dr. Suelen Mezzette de Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/10 30 de Novembro de 2010 Dr. Suelen Mezzette de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/10 30 de Novembro de 2010 Amanda	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--