



419297
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2011	4-Data de Autorização 12/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 419297	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10120215334321400010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome CARLOS ALBERTO GRAMINHO	14-Telefone 19/07/1961	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO GRAMINHO			

16-Aliandimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-LF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10811529191610	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-LF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-LF SP	29-Código CBO S
Faturar Empresa 025-													

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-EXODONTIA DE RAIZ	1082000859	1	24	1	73	100	0,00	0,00	S	28/11/20	Coroa	
2-EXODONTIA DE RAIZ	1082000859	1	25	1	73	100	0,00	0,00	S	28/11/20	Coroa	
3-EXODONTIA DE RAIZ	1082000859	1	22	1	73	100	0,00	0,00	S	28/11/20	Coroa	
4-EXODONTIA SIMPLES DE	1082000875	1	23	1	73	100	0,00	0,00	S	28/11/20	Coroa	
6-CONSULTA ODONTOLÓGICA	1081000030	1		1	34	100	0,00	0,00	S	28/11/20	Coroa	
6-RESTAURAÇÃO RESINA	1085100196	1	16	0	1	61	100	0,00	S	28/11/20	Coroa	
7-RESTAURAÇÃO RESINA	1085100196	1	15	V	1	61	100	0,00	S	28/11/20	Coroa	
8-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HASD	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
8-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HASE	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
8-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HASD	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
8-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HASE	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
10-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HAID	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
11-RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1085300047	1	HAIE	1	36	100	0,00	0,00	S	09/12/20	Coroa	
12												
13												
14												
15												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Aliandimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
		1-Total 2-Parcial	1592,00	0,00	
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/12/2011 Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913 Cirurgia - Dentista					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 05/12/2011 Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913 Cirurgia - Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/12/2011 Carlos Alberto Graminho					
53-Data, local e Endereço da Empresa					