



341949
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/07		4-Data de Autorização 12/10/07		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7747153		7-Data Validade da Sentença 11/01/10	
8-Número do Cartão 000202530825600000101011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome GILMARA APARECIDA GALVAO MARTINELLI SOLE						14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano GILMARA APARECIDA GALVAO MARTINELLI SOLE		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

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		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081512999660		22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 112913		24-UF SP		25-Código CNES (i) 85100200 (j) 85100200		26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112913		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Franchisa/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa Enviar - RX		31-Data de Realização		32-Assinatura	
--------------------------	--	---	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	---	--	--	--	----------------------------	--	-------------	--	--	--	--	--	----------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	---	--	-----------------------	--	---------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/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			
2-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
3-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
4-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
5-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
6-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
7-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
8-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
9-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
10-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
11-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
12-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
13-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
14-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		
15-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0	0		

43-Data Prevista Término do 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 1176,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franchisa / 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/07 Suellen Mezzette de Oliveira		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/07 Suellen Mezzette de Oliveira		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/10/07 Gilmar Aparecida Galvão Martinelli Sole		53-Data, local e Cartão da Empresa / /	
--	--	--	--	---	--	---	--

Cirurgiã - Dentista
 Suellen Mezzette de Oliveira
 CROSP 112913

Cirurgiã - Dentista
 Suellen Mezzette de Oliveira
 CROSP 112913

Beneficiário Responsável
 Gilmar Aparecida Galvão Martinelli Sole
 CROSP 112913