



438149  
INTERCÂMBIO

|                                                        |  |                                                                  |  |                                         |  |                                                                     |  |                                       |  |                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                               |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/12 11:20                      |  | 4-Data de Autorização<br>11/01/12 11:20 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                               |  | 6-Número da Guia Principal<br>8133804 |  | 7-Data Validade da Senha<br>11/01/13 11:21                         |  |
| 8-Número da Carteira<br>101021021021531314324010101011 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA    |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/01/13 11:21                      |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  | 13-Nome<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO                                 |  |
| 14-Telefone<br>19/07/1961                              |  | 15-Nome do Titular do plano<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO           |  | 16-Atendimento a RN<br>N                |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA |  | 18-Número no CRO<br>112913            |  | 19-UF<br>SP                                                        |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>081815291916610 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA |  | 23-Número no CRO<br>112913              |  | 24-UF<br>SP                                                         |  | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa     |  | 26-Nome do Profissional Executante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA |  |
| 27-Número no CRO<br>112913                             |  | 28-UF<br>SP                                                      |  | 29-Código CBO S<br>Faturar Empresa      |  | 30-Código CBO S<br>112913                                           |  | 31-UF<br>SP                           |  | 32-Número no CRO<br>112913                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                            |  |                                            |  |                                 |  |                             |  |                                                  |  |               |  |                                                                                                                                                |  |                                                                                                |  |                                                                                                |  |                                                                                                |  |      |  |      |  |      |  |      |  |      |  |      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------------------|--|---------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|
| 30-Tabela<br>31-Código do Procedimento<br>32-Descrição<br>33-Dente/Região<br>34-Face<br>35-Qtd<br>36-Quantidade US<br>37-Valor<br>38-Franquia/Co-participação R\$<br>39-Aut<br>40-Data da Realização<br>41-Motivo da Ciosa 42-Assinatura |  | EXODONTIA SIMPLES DE                                                                                       |  | 1-10082000875                              |  | 2-1                             |  | 3-1                         |  | 4-1                                              |  | 5-1           |  | 6-1                                                                                                                                            |  | 7-1                                                                                            |  | 8-1                                                                                            |  | 9-1                                                                                            |  | 10-1 |  | 11-1 |  | 12-1 |  | 13-1 |  | 14-1 |  | 15-1 |  |
| 43-Data Revisão<br>12/12/12                                                                                                                                                                                                              |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Falhamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>73100 |  | 47-Valor Total R\$<br>01000 |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>01000 |  | 49-Observação |  | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/12/12<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA<br>Cirurgiã Dentista<br>CROSP 112913 |  | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  | 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  |      |  |      |  |      |  |      |  |      |  |      |  |

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).

49-Observação

|                                                                                                                                                |  |                                                                                                |  |                                                                                                |  |                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/12/12<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA<br>Cirurgiã Dentista<br>CROSP 112913 |  | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  | 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>12/12/12<br>CARLOS ALBERTO GRAMINHO |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|