



335259
INTERCAMBIO

1-Registro AIB 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2017	4-Data de Autorização 17/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7687282	7-Data Validade da Senha 03/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025301988000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome JAIME PEDRO BENINCA	14-Telefone 13/12/1970	15-Data de Nascimento ()	16-Nome do titular do plano JAIME PEDRO BENINCA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	19-Número na CRO 55092	20-UF SP	21-Código CBO B 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPA / CPE 16421958800	23-Nome do Contratado (Exercitante) JOSE EDUARDO DE MELLO	24-Número na CRO 55092	25-UF SP	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Exercitante JOSE EDUARDO DE MELLO	28-Número na CRO 55092	29-UF SP	30-Código CBO B	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Raiz	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data da Realização	42-Motivo da Cisão	43-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	12-07-20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6100	000		S	10-08-20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	6100	000		S	10-08-20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	6100	000		S	24-08-20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6100	000		S	24-08-20		
6	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	7300	000		S	22-07-20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data de Realização 24/08/20	45-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Quidonta 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 35100	48-Valor Total R\$ 000	49-Total Franquia / Co-participação R\$
-----------------------------------	---	---	---------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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 este procedimento(s) de tratamento(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. Constatando-se que o valor pago exceder os valores cobrados.

50-Observação	51-Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jose Eduardo de Mello C.R.O. 55092	52-Assinatura do Profissional Assistente C.R. Dentista CRO 55092
---------------	--	--

53-Data de Realização da Guia 24/08/20	54-Data de Realização da Guia 24/08/20	55-Data de Realização da Guia 24/08/20	56-Data de Realização da Guia 24/08/20
---	---	---	---