

2-N^o364474
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7823522

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/8/10 8/203-Data de Emissão da Guia
26/08/2012

-Registro ANS
406414

1-Numero da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 3 1 0 4 5 2 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	---	---	---	--

3-Nome	SIMONE ROSA BATISTA
14-Telefone	(11) 1111-1111
15-Nome do titular do plano	SIMONE ROSA BATISTA

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRQ	19-UF	20-Código CBO S
	DANIEL CARLOS RABELO	20222	DD	025 -

11-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-JF	25-Código CNES
0.8.0.3.0.2.0.3.0.5.0.1.1	DANIEL CARLOS INI BALDILO	20302	DR	

16-Nome do Profissional Exercente		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
DANIEL I CAROLINI DAL LIDO		29322		PR		(I) 85100200	
						(I) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Descrição	33-Dente/Requisito	34-Face	35-Qtd.	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		

[illegible]

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90										

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

$\frac{1}{2}$

[illegible][illegible]

08/03/2021

☐ 1-Tratamento Oncológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortostomia ☐ 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

6 7 0 0

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao provedor/empresa contratada que realize esse procedimento, o valor necessário para a realização do mesmo, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

 Dra. Daniela Carosini Delfino

Cirugia Dentista
CRO - PR-29322

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	08/10/2019
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	08/10/2019
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	08/10/2019
53-Data, local e Assinatura da Empresa	08/10/2019