



756993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Carte de Emenda da Guia 25/11/2012		4-Datas de Autorização 12/5/11 01/2/11		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9217791		7-Data Validação da Guia 12/3/11 01/2/11	
8-Número da Carteira 010120254292620000010101		9-Filho POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dados de Incluir do plano JHONI HENRIQUE RESENDE		12-Número do Cartão Nacional do Susado			
13-Nome JHONI HENRIQUE RESENDE		14-Telefone (51) 9944611-60018		15-Nome do titular do plano JHONI HENRIQUE RESENDE		16-Atendimento a RM WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 44352	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642		20-Nome do Contratado Excludente WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		21-Número no CRO 44352		22-UF MG		23-Código CRO S 025		24-Faturar Empresa	
25-Nome do Profissional Excludente WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		26-Número no CRO 44352		27-UF MG		28-Código CRO S		29-Franquia/Co-participação R\$		30-Ant	
31-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade Regio		34-Frete		35-Cor		36-Quantidade US	
1-010185100196		RESTAURAÇÃO RESINA		11		V		1		61100	
2-010185100196		RESTAURAÇÃO RESINA		21		V		1		61100	
3-010185100196										10100	
4-010185100196										10100	
5-010185100196										10100	
6-010185100196										10100	
7-010185100196										10100	
8-010185100196										10100	
9-010185100196										10100	
10-010185100196										10100	
11-010185100196										10100	
12-010185100196										10100	
13-010185100196										10100	
14-010185100196										10100	
15-010185100196										10100	
43-Dados Previstos Termo do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
25/11/2012		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		1122100		0100			

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixo 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Contratado Excludente

Assinatura do Profissional Excludente