



472372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 12/11		4-Data de Autorização 10/09/10 12/11		5-Sentia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8279037		7-Data Validade da Sentia 10/09/10 15/12/11	
8-Número de Carteira 10/02/02 52 9910940000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JONATHAS MICHAEL CASSEMIRO		23/10/1989		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JONATHAS MICHAEL CASSEMIRO					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 43418		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110167911717647		22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES		23-Número no CRO 43418		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES		27-Número no CRO 43418		28-UF MG		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Descrição	33-DentistaRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Índice da Círculo	42-Assinatura
1-0	0	3	4	8								
DOC ORTODONTICA "E"												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão / Término do Tratamento 30/10/2011	44-Tipo de Atendimento 2- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 313,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/10/2011

53-Data, local e Assinatura da Empresa
30/10/2011

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
30/10/2011