



1-Registro AINS 406414 2-Diário de Emissão da Guia 12/10/14 12/11 4-Data de Autorização 10/3/10 5/12/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8505694 7-Data Validade da Sentença 12/11/10 17/12/11

529269
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 100202025367256000001011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome DAVIDSON PEREIRA ALVES

01/02/1990

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano DAVIDSON PEREIRA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA

18-Número no CRO 38839

19-UF MG

20-Código CBO S 06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10862632916011 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

23-Número no CRO 38839

24-UF MG

25-Código CNES 0181000421-

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES

27-Número no CRO 38839

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-00081000421		RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	511,30	10/15/14	Davidson		
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 Prevista Término do Tratamento 11/13/15 44-Tipo de Aliamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 511,30 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/15/14 Ana Patrícia 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/15/14 Ana Patrícia 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Davidson 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/13/15/14

5. F. Marques 5. F. Marques Luciana

Ana Patrícia S. F. Marques
Cirurgião-Dentista
CRO-MG 38839