



396149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/11/2012 4-Cidade de Autenticação 19/11/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7959672 7-Dia Validade da Guia 12/11/2012

8-Número da Carteira 002025322692000001002 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 13/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LORRAINY MILENA ALVES NASCIMENTO 25/09/2005 14-Região 1311981861411181 15-Nome do titular do plano KARINE ALVES DO NASCIMENTO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Autorização
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00		51218141012101		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 18/11/2012 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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-Dia, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 12/11/2012 Belo Horizonte 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 Belo Horizonte 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 Belo Horizonte 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 12/11/2012 Belo Horizonte

Dr. Wandererson Lopes Avila de U. CIRURGIÃO DENTISTA CR0-MG 44.352 Dr. Karine Alves do Nascimento