



441969
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 12:11:21	4-Data de Autenticação 11/07/11 12:11:21	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150468	7-Data Validação da Guia 11/06/11 03:11:21
8-Número da Carteira 01020125134218514000000101	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 MARIA AMANDA BRAGA DE SOUSA	05/06/1982	14-Região (31) 915074316	15-Nome do titular do plano MARIA AMANDA BRAGA DE SOUSA		
16-Atendimento a RV	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 Operação / CNU / CHI 01047918519642	22-Nome do Contratado Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Valor
1	010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3	4,00	0,00	0,00	511311121120			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Código Previsto do Tratamento 020211121120	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 3,4,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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-Classeção

50-Data, local e Assinatura do Curador-Dentista Sólidaire
11/11/11 12:11:21 BH

51-Data, local e Assinatura do Curador-Dentista
11/11/11 12:11:21 BH

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 12:11:21 BH

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 12:11:21 BH

Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Maria Amanda Braga

WANDERSON LOPES
ODONTOLÓGICA

CNPJ 30.113.405/0001-73