



619752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/2011	4-Data de Autenticação 15/07/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8813425	7-Data Validade da Guia 12/11/2011
8-Data de Beneficiário 000202539878100000101			9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome FERNANDA HONORIA DA SILVA			19/07/1982	14-Telefone (31) 9165901-5631	15-Nome do titular do plano FERNANDA HONORIA DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CRO S 025 -	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 ONES	26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352
28-UF MG	29-Código CRO S	Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Financiamento / Sociedade					
30-Tabela 1-0081000065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia
42-Assinatura					
43-Data Prescrição Termino do Tratamento 15/07/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Codontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 49-Observação					

50-Dado Legal e Assinatura do Curador/Beneficiário Solidário

51-Dado Legal e Assinatura do Curador/Beneficiário

52-Dado Legal e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Dado Legal e Assinatura da Empresa

15/07/2011 15:07:24 BH

15/07/2011 15:07:24 BH

15/07/2011 15:07:24 BH

15/07/2011 15:07:24 BH

15/07/2011 15:07:24 BH

15/07/2011 15:07:24 BH