



347135
INTERCAMBIO

1-Regime ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7741762	7-Data Validade da Sentença 12/06/2012
------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Atividade da Clínica 00020252169450025302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Clínica 12/08/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ALICE OLIVEIRA CAMARGOS FIGUEIREDO	22-Data de Tratamento 22/05/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IZABELA OLIVEIRA CAMARGOS
---	-------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	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 / ODPJ / CPF 04798519642	22-Nome do Contratado Excepcional WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional / Excepcional WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabulela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número da Guia	42-Signatura
1-008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/09/2012	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 lido 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), foforam realizado(s) com meu consentimento e da 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-Operadora
SRE1597922179

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Assistente Social/Operadora 31/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/2012
---	---	---	---

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

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

IZABELA OLIVEIRA CAMARGOS

W LOPES
ODONTOLÓGICA

CNPJ 34.671.405/0001-73