



430191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/2101	4-Data de Autorização 10/11/12 11/2101	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8099703	7-Data Validade da Série 12/8/10 12/11/211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202153352110000101011	9-Paço 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 SANDRA CACIQUE DO NASCIMENTO	16/04/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SANDRA CACIQUE DO NASCIMENTO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 518512381121687111	22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	23-Número no CRO 16986	24-UF MG	25-Código CNES 7108500
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010181100021941		LEVANTAMENTO		1		2221010		01010				
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 Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 3-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1221210101	47-Valor Total R\$ 101010	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(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Documentação de Odontolife