



454394
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão do Guia 15/10/12	4-Data de Autorização 15/10/12	5-Serão AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8198820	7-Data Validade do Soma 15/10/12
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253331160000101	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

MIRIA RAMOS DA SILVA	24/07/1982	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MIRIA RAMOS DA SILVA
----------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ODONTODOC	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
----------------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
174215125116911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI | 23-Número no CRO 12838 | 24-UF MG | 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- |

26-Nome do Profissional Encarregado
ALMIRIO JOSE BORELI 27-Número no CRO 12838 | 28-UF MG | 29-Código CBO S |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ousa	42-Assinatura
1-0	018100421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	5	15/01/2012	Prévio	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Recebido / Término do Tratamento 15/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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) procedimen(o)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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Solicitante 15/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista MIRIA RAMOS DA SILVA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 45/01/2012	53-Data, local e Cópia da Empresa 15/01/2012
---	--	---	---

ODONTODOC, RADIOGRAFIAS ODONT.

ODONTODOC, RADIOGRAFIAS ODONT.