



4-Região ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 19/11/2012 4-Dia de Autorização 20/11/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7969190 7-Dia Válida da Série 17/11/2012 398567 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

0020253226920000103 9-Puro POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA LUIZA ALVES MAGELA 12/04/2007 14-Profissão (311) 918186141181 15-Nome do titular do plano KARINE ALVES DO NASCIMENTO

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Adesão a RN 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ODP / CPF

047985199642 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNE S 26-UF MG 27-Código CRO S

28-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Frequência/Compromisso R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Guia	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		12/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Tipo de Faturamento 48-Tipo de Faturamento 49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações 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), (foram), (foram) (seu) (seus) consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Assinatura do Assistente: D. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA, CIRURDIA DENTISTA, CRO-MG 44.352

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário Solidário 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Assinatura do Responsável