



351392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/08/2012 4-Data de Autorização 07/08/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7770029 7-Data Validade da Série 03/11/2012

8-Endereço da Clínica 0002012521694500025303 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Clínica 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIA OLIVEIRA CAMARGOS FIGUEIREDO 22/05/2012 14-1ª Nome (31)99691-4151 15-Nome do titular do plano IZABELA OLIVEIRA CAMARGOS

16-Identificação 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 / CNP / CPF 04798519642 22-Nome do Contratado Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão
1	010840000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			07/08/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/08/2012 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 72,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchia / 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(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 esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operatório

51-Data, local e Assinatura do Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

CRO-MG 44.352 CRO-MG 44.352 CRO-MG 44.352