



393234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 10/12/10 4-Data de Autorização 12/10/11 10/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7947653 7-Data Validade da Sentença 10/17/10 11/12/11

8-Número da Carteira 000201253249040000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA ELIZA OVIDIO FERREIRA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANA ELIZA OVIDIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742125215116911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 510319

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	00	81000294	LEVANTAMENTO		1	222,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Fim da Prescrição 14-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantificada US 222,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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(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 este 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

ODONTOLIFE
RUA DE ALFENIA DOG. ORTODONTICA LTDA