



422793
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/11 11/20

4-Data de Autorização
23/11/11 12/01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8068796

7-Data Validade da Guia
11/07/10 12/11

8-Número da Carteira
0002012536187000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/07/10 12/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCOS VINICIUS PEREIRA

14-Telefone
(31) 988011-98815

15-Nome do titular do plano
MARCOS VINICIUS PEREIRA

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

26/06/2001

17-Nome do Profissional Solicitante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
44352

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ODP / CPF
04798519642

22-Nome do Contratado Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
44352

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
44352

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8100065				1	34,00			0,00		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento
30/11/12

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

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) 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.

48-Contratante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/01/11/12 01 Rolo Henrique

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/11/12 01 Rolo Henrique

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/11/12 01 Rolo Henrique

53-Data, local e Cessão da Empresa
13/01/11/12 01 Rolo Henrique

CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Marcos Vinicius Pereira

CNPJ 34.671.405/0001-73