



422873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 11/2101	4-Data de Autorização 12/14/11 11/2101	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069139	7-Data Validade da Série 11/17/10 12/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513121019101010101011	9-Paro POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome FRANCISCA NAYARA DA SILVA SANTOS	15/12/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA NAYARA DA SILVA SANTOS
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 585238112687111	22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	23-Número no CRO 16986	24-UF MG	25-Código CNES 108400
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	010	81000294										
		LEVANTAMENTO				1	222,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prescrição Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Criodentia	47-Gravidade/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade US	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
11/11/11	1	1	1	1	1	1	222,00	1	222,00	1	222,00	1

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 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 Assinatura da Empresa
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

Wander da Silva Santos