



392176  
INTERCÂMBIO

Beneficiário para o tratamento

1-Inscrição ANS 416414 3-Dados de Emissão da Guia 07/11/2012 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Será Pendente de Liberação PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 392176 7-Data Validade da Seria 10/15/10 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Endereço do Beneficiário 00202531262400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES 28/04/1974 14-Telefone ( ) - - - - - 15-Nome do Titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CBO S 01 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 070915301611 22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 39384 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 39384 28-UF MG 29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Prevista Término do Tratamento 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 47-Valor Total R\$ 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(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.

49-Observação

*folha anexada ao protocolo em 16. Foi realizada a apresentação de mesa*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa