



350364

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/3/10 3-Data de Autorização 10/4/10 4-Santa AUTORIZADO 5-Número de Guia Principal 775/539 6-Data Validade da Guia 10/1/11 7-Data Validade da Guia 10/1/11 8-Data Validade da Guia 10/1/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA CAETANA DA SILVA ROSA 25/05/1997 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA CAETANA DA SILVA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 16986 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15851238112687 22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON 23-Número no CRO 16986 24-UF MG 25-Código CNES 4108400 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
1-0	10810002194	LEVANTAMENTO			1	2222,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Exame Radiológico 46-Tipo de Faturamento 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

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

de Silva Rosa

Documentação e Arquivo