



1-Registro AINS 406414 3-Dados de Emissão do Guia 13/11/08 18/2/01 4-Dado de Autorização 11/11/11 5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número do Guia Principal 367341 7-Dado Validade de Sanção 12/9/11 11/2/01

367341
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 01012012531442000000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dado Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAELA PERETTA PEREIRA 20/06/2016 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano RONALD PERETTA PEREIRA

Decisão do Conselho Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 114176 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demon Regio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dado de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-010	81101010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	010	10,00			11/31/10	18/2/01	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dado Previsto Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia - Coparticipação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Contratado Assistente Solicitante 51-Dado, local e Assinatura do Contratado Dentista 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário 53-Dado, local e Cartão da Empresa

JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
CRO 114176
Cirurgião Dentista
Cirurgião Dentista
CRO 114176