



1-Registro ANS 406414	3-Datas de Emissão da Guia 12/8//07//2,1	4-Datas de Autorização 12/8//07//2,1	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Valor da Guia Principal 8873219	7-Datas Validadas da Sinthe 12/6//10//2,1
--------------------------	---	---	------------------------	--------------------------------------	--

639087

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 4 0 5 3 8 0 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
13-Nome	FLAVIO PAULO ALVES FAGUNDES
29/01/1988	
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
14-Teléfono	() -
11-Caixa Validada da Carteira	/
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome do titular do plano	FLAVIO PAULO ALVES FAGUNDES

16-Alimentação e PIM	17-Alcuno do Profissional Societário	18-Alimento no CNO	19-UF	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-
N	ROC RADIOLOGICA	36532	MG	09	
21-Código na Centralizadora (CBO) CPT	22-Alcuno do Contrato Escodado	23-Alimento no CBO	24-UF	25-Código CHES	
1 0 5 3 4 8 6 9 1 6 1 3	LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	36532	MG		
26-Alimento do Profissional Escodado		27-Alimento no CNO	28-UF	29-Código CBO 8	
LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		36532	MG		

30-7-Juliana	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dominó/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Med	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Med	40-Data de Realização	41-Motor 9	42-Assistido
1-	0 0	8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA									
2-	0 0	8 1 0 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL									
3-	0 0	8 1 0 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL									
4-	0 0	8 1 0 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL									
5-	0 0	8 1 0 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL									
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dia Previsto Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgencia/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Pacote	46-Totai Quantidade US 1 3 4 0 0	47-Valor Totai R\$ 0 0 0 0	48-Totai Frequência / Co-participação R\$ 0 0 0 0							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, assino e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a ficar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram/foram realizado(s)) (com meu consentimento e de forma satisfatória). Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a ficar com os custos conforme previsto em contrato.

60-Dia, local e Assinatura do Grupo-Donatário Solicitante		61-Dia, local e Assinatura do Conselho Deliberativo	<i>[Assinatura]</i>	62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	<i>[Assinatura]</i>	63-Dia, local e Carimbo da Empresa	
/ / / / /		/ / / / /		/ / / / /		/ / / / /	