



395576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/4/11/10/12/01	4-Data de Autenticação 11/9/11/10/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7957060	7-Data Validade da Guia 11/2/11/11/21/11
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 01012012513111081900000101041	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRA NUNES DO OURO BRAGA	01/04/1973	14-Telefone (11) 913071861	15-Nome do titular do plano ENILDES NUNES DO OURO CAMPOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNEB 530712	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 174225125116911111	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI					

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-Moeda	42-Assinatura
1-0	0	810100294	LEVANTAMENTO		1	222,00	10,00			19/10/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Realização Termino do Tratamento 19/10/11	44-Tipo de Atendimento 2- Tratamento Odontológico	45-Exame Radiológico	46-Urgência/Emergência	47-Valor de Faturamento 1- Total 2- Parcela	48-Total Quantidade US 222,00	49-Valor Total R\$ 10,00	40-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 19/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 19/10/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/10/11
---	---	--	--

ODONTODOC - INTERCÂMBIO ODONTOLÓGICO
TOMOGRAFIA DENTAL, ORTODONTICA, LIDA