



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		4-Data de Autorização 19/11/2011		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8069799		7-Data Validade da Semeta 15/02/2011	
8-Número da Carteira 010120125111761120101177011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		420535 INTERCÂMBIO	
13-Nome RODRIGO CLEMENS FERREIRA VALENTE		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano RODRIGO CLEMENS FERREIRA VALENTE		16-Atendimento a RN N		17-Atendimento a RN ODONTODOC		18-Número no CRO 16986	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15181512381126871		20-Código CBO S 09		21-Data Validade da Carteira 11/11/2011		22-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON		23-Número no CRO 16986		24-UF MG	
25-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON		26-Código CBO S 16986		27-UF MG		28-Código CBO S 16986		29-UF MG		30-Código CBO S 16986	
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição LEVANTAMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Cid 1222100		36-Quantidade US 0,00	
37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 10,00		39-Aut 10,00		40-Data de Realização 11/11/2011		41-Motivo da Causa 11/11/2011		42-Assinatura 11/11/2011	
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/2011		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fractal		46-Total Quantidade US 1222100		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Faturamento / Co-participação R\$ 10,00	
49-Observação Decisão, 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(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.											