

357003
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/08 11:20	4-Data de Autorização 11/11/08 11:20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 357003	7-Data Válida da Senha 11/12/11 11:20
--------------------------	---	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102021526173600000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11 11:20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

MICHELLE FONSECA DURAES	03/11/1977	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICHELLE FONSECA DURAES
-------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA	18-Número no CRO 39384	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1017019530116111	22-Nome do Contratado, Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 39384	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85200085-35
---	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 39384	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Valor
1-0	0	81000057			1	34,00	0,00		N	14/10/2008		
2-0	0	85200085			1	50,00	0,00		N	14/10/2008		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Agendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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) 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

Fonseca Rodolpho Rosa Junior Dma CIV

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2008	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2008	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2008	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2008
---	---	---	---