



1- Registro IS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/11/09 4- Data de Autorização 12/11/09 5- Senha AUTORIZADO 7889546 6- Número da Guia Principal 7889546 7- Data Validade da Senha 12/01/12 8- Data Validade da Guia 12/01/12

379940
INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 1001020253226620000101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12/11/11 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome LUCILA SOARES DOS SANTOS 14- Telefone (11) 15- Nome do titular do plano LUCILA SOARES DOS SANTOS

10/12/1999

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC

18- Número no CRO 16986 19- UF MG 20- Código CBO S 09

025 - Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1585238112687 22- Nome do Contratado Exercente WANDER LIMA LOURENZON

23- Número no CRO 16986 24- UF MG 25- Código CNES 3324933

26- Nome do Profissional Exercente WANDER LIMA LOURENZON

27- Número no CRO 16986 28- UF MG 29- Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	2	9	4				
2- 1	1	0	0	0	2	9	4					
3- 1	1	0	0	0	2	9	4					
4- 1	1	0	0	0	2	9	4					
5- 1	1	0	0	0	2	9	4					
6- 1	1	0	0	0	2	9	4					
7- 1	1	0	0	0	2	9	4					
8- 1	1	0	0	0	2	9	4					
9- 1	1	0	0	0	2	9	4					
10- 1	1	0	0	0	2	9	4					
11- 1	1	0	0	0	2	9	4					
12- 1	1	0	0	0	2	9	4					
13- 1	1	0	0	0	2	9	4					
14- 1	1	0	0	0	2	9	4					
15- 1	1	0	0	0	2	9	4					

43- Data de Realização do Tratamento 12/11/09 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US 222100

47- Valor Total R\$ 0,00

48- 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

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53- Data, local e Carimbo da Empresa

Lucila Soares dos Santos
Documentação Odontológica Ltda