



364497
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/08/2012 4-Dia de Autorização 12/08/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7823493 7-Dia Validez da Sentença 12/11/2012 8-364497

9-Puro POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705202418304071

13-Nome FERNANDA ANDRADE LOUREIRO AVELAR 27/03/1990 14-Telefone (1311) 9960-6046 15-Nome do titular do plano PEDRO BASTOS AVELAR

16-Avinculamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S

Para de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	5	31/08/2012	R\$	Fernanda
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 13/10/12 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 61,00 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 a autorização 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) (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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/12 Dr. Alessandra Viçotti Louzada 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/12 Dr. Alessandra Viçotti Louzada 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/12 x FERNANDA AVELAR 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 13/10/12



CNPJ 34.671.405/0001-73