



384550  
INTERCÂMBIO

1-Idigrao ANS  
406414

2-Data de Entrega da Guia  
12/8/10 9/1/2/0

3-Data de Autorização  
10/1/11 0/1/2/0

4-Situação  
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal  
7911620

6-Data Vencida da Sentença  
12/7/11 12/1/2/0

8-Número da Carteira  
0 0 2 0 2 5 2 2 7 7 9 9 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
30/10/1980

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
FERNANDO MENDES DA SILVA

14-Idade  
81

15-Nome do titular do plano  
FERNANDO MENDES DA SILVA

16-Atividade Profissional  
N

17-Nome do Profissional Responsável  
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

18-Número no CRO  
44352

19-UF  
MG

20-Código CBO S  
025 -

21-Código de Operações / Oper / Oper  
0 4 7 9 8 5 1 9 6 4 2

22-UF  
MG

23-Código CBO S  
44352

24-Nome do Profissional Especiente  
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

25-Número no CRO  
44352

26-UF  
MG

27-Número no CRO  
44352

28-UF  
MG

29-Código CBO S  
44352

28-Nome do Profissional Especiente  
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

29-Código CBO S  
44352

30-UF  
MG

31-UF  
MG

32-Código CBO S  
44352

33-UF  
MG

34-UF  
MG

35-UF  
MG

36-UF  
MG

37-UF  
MG

30-1-Situação  
CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Descrição  
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Quantidade US  
3 4 0 0

33-Valor  
0 0 0 0

34-Data de Realização  
11/11/10

35-Valor Total R\$  
10,00

36-Valor Total R\$  
10,00

30-1-Situação	31-Descrição	32-Quantidade US	33-Valor	34-Data de Realização	35-Valor Total R\$	36-Valor Total R\$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

43-Data Pensado Termino do Tratamento  
28/11/10

44-Tipo de Atendimento  
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento  
1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$  
3 4 0 0

47-Valor Total R\$  
10,00

48-Valor Total R\$  
10,00

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) descrito(s) acima, é por mim assinado(s) (foram realizados) 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-Operatório

50-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante  
11/11/10

61-Data local e Assinatura do Operador  
11/11/10

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/11/10

53-Data local e Assinatura da Empresa  
11/11/10

54-Data local e Assinatura da Empresa  
11/11/10

55-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante  
11/11/10

56-Data local e Assinatura do Operador  
11/11/10

57-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/11/10

58-Data local e Assinatura da Empresa  
11/11/10

59-Data local e Assinatura da Empresa  
11/11/10

LOPES  
ODONTOLÓGICA

CNPJ 34.671.405/0001-73