



425551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011		4-Data de Autorização 02/12/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8080852		7-Data Validade da Senha 21/02/2012			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202533271300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LAURENTINA SANTOS DE MORAIS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LAURENTINA SANTOS DE MORAIS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS				18-Número no CRO 41976		19-UF MG		20-Código CBO S 01			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08578545699				22-Nome do Contratado Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA				23-Número no CRO 41976		24-UF MG			
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante WALQUIRIA OLIVEIRA ZICA		27-Número no CRO 41976		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/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37	1	1	533,00	0,00			16/12/2011		Laurentina	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 533,00		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 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 16/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável Laurentina S. Moraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/2011
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTO PLUS LTDA
CNPJ: 21.401.745/0001-32
CRO-MG 4470

Walquiria Oliveira Zica
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 41976