



572645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 6/12/11 4-Data de Autorização 10/12/10 6/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8660439 7-Data Validade da Senha 13/1/10 8/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002012537791100000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome TATIANE APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS 12/02/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TATIANE APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RIN ODONTODOC 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL FELIPE NUNES 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11067911776147 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 09 26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	0,100			11/11/06		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tipos de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Tipos de Faturamento 46-Total Quantidade US 78 47-Valor Total R\$ 10,10 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 no contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/06 11/11/06 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/06 11/11/06 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/06 11/11/06 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/06 11/11/06

ODONTOLIFE
CNPJ: 19.806.406/0001-94