



412746
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	2-Dia de Emissão da Guia 10/05/11 11/20	3-Dia de Autorização 10/06/11 11/20	4-Serviço AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 8026990	6-Dia Validação da Guia 10/03/10 12/12/11
8-Atividade da Clínica 10/02/02 5/3/2/8/08/20/00/01/01			9-Serviço POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validação da Carteira 11/11/11/11
13-Nome ANA PAULA BORGES			14-Teléfono (131) 9914143-1211810	15-Nome do titular do plano ANA PAULA BORGES	
16-Atendimento a BN WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			17-Numero no CRO 44352	18-UF MG	19-Código CBO S 025 -
21-Código no Operadora (CNPJ / CNP) 10/47/9/8/5/1/9/6/4/2/1/1			22-Numero no CRO 44352	23-UF MG	24-Código CNES Faturar Empresa
25-Numero da Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			26-Numero no CRO 44352	27-UF MG	28-Código CBO S

30-Tabela 1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 5	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
2-1					1	3	4,00			17/11/11		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/01/11 11/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 no 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-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Bolo Horizonte	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Bolo Horizonte
	CIRURGIÃO DENTISTA CRA-MG 44.352	CIRURGIÃO DENTISTA CRA-MG 44.352	