



438286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12 10	4-Data e Autorização 16/11/12 10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134358	7-Data Validade da Seria 11/10/13 12 11
--------------------------	--	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira 01020253400260000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Carteira Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome ANGELA INES DE OLIVEIRA SOUZA	06/04/1993	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELA INES DE OLIVEIRA SOUZA
--	------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100421-
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / DNP / CPF 174225251691	22-Nome do Contratado Execuinte ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CBO S 1530419	26-Nome do Profissional Execuinte ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	01081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4,00	0,00			10/12/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/12/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / 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 10/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/12	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/11/12
---	---	---	---

Odontolife
e Documetalia Odontológica Ltda.