



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/06/12/11	4-Data de Autorização 11/8/06/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8708346	7-Data Validação da Série 11/5/09/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251176120001176011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome NEIMAR MARCOS BARRETO	18/06/1983	14-Telefone (31) 9155318-1805131	15-Nome do titular do plano NEIMAR MARCOS BARRETO
----------------------------------	------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 04798519642	22-Nome do Contratado Especialista WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNES /
---	---	---------------------------	-------------	---------------------

26-Nome do Profissional Especialista WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/8/06/12/11		
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			11/8/06/12/11		
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			11/8/06/12/11		
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			11/8/06/12/11		
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00			11/8/06/12/11		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Previstos Termo do Tratamento 11/8/06/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fracionamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/8/06/12/11 BH Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/06/12/11 BH Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/06/12/11 BH	53-Data, local e Cambio de Empresa 11/8/06/12/11 BH
---	---	---	--

Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

*
CNPJ: 24.674.810/0001-73