



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248



473380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		30-Data de Emissão da Guia 09/10/2011		40-Data de Autuação 16/10/2011		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8284013		7-Data Vencimento da Guia 10/10/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
8-Número da Carteira 002021533672000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano ALEXANDRA CHAGAS		12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome GABRIEL ALEXANDRE CARRARO MOURAO		25/10/1996		14-Telefone (31) 9173057078		15-Nome do titular do plano ALEXANDRA CHAGAS																	
16-Endereço e CN 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 44352		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-18 (II) 82001294-48															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 047985119642		22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CNES (I) 82001294-28 (II) 82001294-38															
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CBO S																	
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentifólio		34-Fase		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Oclus		42-Assinatura	
1-0		8 2 0 0 1 2 9 4		18		1		1		8 6 0 0		0,00		1		S 11/10/2011							
2-0		8 2 0 0 1 2 9 4		28		1		1		8 6 0 0		0,00		1		S 11/10/2011							
3-0		8 2 0 0 1 2 9 4		38		1		1		8 6 0 0		0,00		1		S 11/10/2011							
4-0		8 2 0 0 1 2 9 4		48		1		1		8 6 0 0		0,00		1		S 11/10/2011							
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Prescrição Termino do Tratamento 11/10/2011		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 744,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia Coparticipação 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(vão) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-o com o arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Classe/seguro

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2011 BH

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011 BH

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 BH

53-Data local e Carimbo da Empresa 11/10/2011 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 34.671.405/0001-77