

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



441309
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 15/11/2012 4-Dia de Autenticação 15/11/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8147611 7-Dia Válido da Sentença 15/10/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0020253404460000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome WANDERSON LUIZ DA SILVA AMARAL 12/08/1993 14-Idade 31 15-Nome do titular do plano WANDERSON LUIZ DA SILVA AMARAL

16-Endereço a SN WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 17-Tipo de Tratamento 18-Número no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código CNE S 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Escritório WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S

30-Tipo de Tratamento	31-Descrição	32-Dentifregio	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Conta	42-Valor
1-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3.6	0.0	0.0	0.0	15/11/2012	R\$	3.6
2-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3.6	0.0	0.0	0.0	15/11/2012	R\$	3.6
3-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3.6	0.0	0.0	0.0	15/11/2012	R\$	3.6
4-00	8.5.3.0.0.0.4.7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3.6	0.0	0.0	0.0	15/11/2012	R\$	3.6
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Dia Prazo do Tratamento 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 144.00 47-Valor Total R\$ 0.00 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 em contrato. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Cartão da Empresa

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGEÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGEÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352
Wanderluzes
CNPJ 34.071.400/0001-73