

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 17/10/2011 4-Data de Autorização 18/10/2011 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8709655 7-Data Validada na Sistema 15/10/2011 87767 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202532272300000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAYANE HAISER RAMOS 14-Telefone (31) 98860-9082 15-Nome do titular do plano SIMONE HAISER RAMOS

16-Ancoramento 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 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Excludente WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	0,00	0,00			16/07/21		Alfonso
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	0,00	0,00			16/07/21		Alfonso
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	0,00	0,00			16/07/21		Alfonso
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	0,00	0,00			16/07/21		Alfonso
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/07/21 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 140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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 Cliente/Contratante Solicitante 16/10/2011 BH 51-Data, local e Assinatura do Contratado Excludente 16/10/2011 BH 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011 BH 53-Data, local e Assinatura do Fornecedor 16/10/2011 BH

Alfonso Pomar de S. Santos