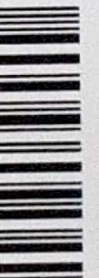


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



814622
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012 4-Data de Autocessão 14/11/2012 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9396284 7-Data Validade da Guia 13/11/2013 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

8-Data de Validade

9-Número da Carteira 00202511761200028403 10-Forma POS REDE PRESTADORA

11-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

12-Data Validade da Carteira

13-Nome do titular do plano

14-Nome REBECA MAISA ALVES ROCHA SILVA

30/12/2005

15-Telefone (31) 9981-3315

16-Nome do titular do plano EDNA ALVES NASCIMENTO ROCHA DA SILVA

17-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

18-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

19-Número no CRO 44352

20-UF MG

21-Código CBO S

22-Valor 025 -

23-Faturar Empresa

24-Código na Operadora (OPE) / CPF 04798519642

25-Nome do Contratado Escrivão WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

26-Número no CRO 44352

27-UF MG

28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Escrivão WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

30-Número no CRO 44352

31-UF MG

32-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

33-Atividade	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Valor de Realização	40-Motivo da Guia	41-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00	34,00	1	
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	35,00	1	
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	35,00	1	
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	35,00	1	
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	35,00	1	
6-000								
7-000								
8-000								
9-000								
10-000								
11-000								
12-000								
13-000								
14-000								
15-000								

42-Data Previsto Término do Tratamento

43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

45-Valor Quantidade US 174,00

46-Valor Total R\$ 0,00

47-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos 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. Declaramos ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2012 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012 BNA BH

53-Data, local e Cartão da Empresa 14/11/2012 LUPES

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

CRO-MG 44.352

CRO-MG 44.352

CNPJ 34.671.403/0001-73