

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro AAS 406414 3-Dia do Emissão da Guia 18/10/21 4-Dia de Autopreenchimento 22/10/21 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9181389 7-Dia Validade da Guia 16/11/21 742834 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020215348756000000103 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAELLA LILIAN BATISTA DA SILVA 12/10/2001 14-Telefone (31)91911504-62812 15-Nome do titular do plano RONALDO BATISTA PEREIRA

16-Autorização a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 44352 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 047918519642 22-Nome do Contratado Executante 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 CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Med	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda de Câmbio	42-Validade
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	11	M	1	6 1,0 0	0,0 0	1,0 0	S	22/10/21	100%	10/10/21
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	21	M	1	6 1,0 0	0,0 0	1,0 0	S	22/10/21	100%	10/10/21
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 2 2 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchia/Co-participação R\$

49-Observação 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, compreendendo-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(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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/21 BH 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/21 BH 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/21 BH 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 22/10/21 BH