

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



586651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 11/06/2011		4-Dados de Autopagação 11/06/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8706013		7-Dados Validação da Guia 11/06/2011	
8-Número da Carteira 000202538274300000101		9-Ponto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dados Validade da Carteira 11/06/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DANIELA RODRIGUES SOUZA		14-Telefone (011) 9821601910		15-Nome do titular do plano DANIELA RODRIGUES SOUZA							
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		17-Número no CRO 44352		18-UF MG		19-Código CRO S 025 -		20-Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0479185119642		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 Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CRO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria/Rajado	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Guia
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			51/06/21	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
42-Dados Previstos Termo do Tratamento	43-Tipo de Atendimento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
11/06/21	1	1	1	34,00	0,00						

Declaro, 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Grupo Odontológico Solicitante
 51-Dados, local e Assinatura do Grupo Odontológico
 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Dados, local e Assinatura da Empresa

LOPES
CNPJ: 34.871.403/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352

LOPES
CNPJ: 34.871.403/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352

LOPES
CNPJ: 34.871.403/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352