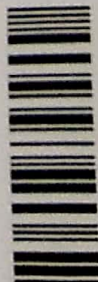


Transmissão para o SUS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



827118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Original 9433825	7-Data Válida da Sentença 29/10/2012
8-Número da Carteira 0002025446901000000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11
12-Nome CLEITON FIUZA DE SOUZA			26/04/1978	14-1ª Redução (31/9/87, 27/17/93, 2)	15-Nome do titular do plano SIMONE ALVES CAMPOS
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Ancionamento a SN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	22-Número do Contrato Nacional da Saúde
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004798519642	22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0081000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Fase 35-Cir 36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 504,00
39-Ativ 40-Data de Realização 04/10/2012					
41-Valor da Guia 42-Atividade					
43-Data Prevista Término do Tratamento 04/10/2012					
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 3400					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

Declaração: 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Dado, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante

04/10/2012 BH
Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO=MG 44.352

51-Dado, local e Assinatura do Contratado-Donatário

04/10/2012 BH
Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO=MG 44.352

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/10/2012 BH
Simone Alves Campos

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

04/10/2012 BH

LUPI S
ODONTOLÓGICA

CNPJ 34.671.405/0001-73