

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



449298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/21	4-Data de Autuação 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178287	7-Data Validade da Senha 07/04/21
8-Número da Carteira 00202532808200000102					
13-Nome FABIO SANTANA		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642			22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		15-Nome do titular do plano ANA PAULA BORGES
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			18-Número no CRO 44352		19-UF MG
27-Número no CRO 44352			20-Código CBO S		25-Código CNES
28-UF MG			29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/01/21		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/01/21		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/01/21		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/01/21		X
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/21	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/2021 BH	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/2021 BH	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/2021 BH	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/2021 BH
--	--	--	--

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Fabio Santana

LOPES
ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73