

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248

432060
INTERCÂMBIO

1 Registro ANE 406414	3-Dados de Emissão da Guia 0 1 // 1 2 // 2 0	4-Dados de Autenticação 0 2 // 1 2 // 2 0	5-Sigla AUTORIZADO	6-Informação da Guia Principal 8107900	7-Dados Validação da Servença 0 1 // 0 3 // 2 1
--------------------------	---	--	-----------------------	---	--

Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 5 0 0 8 0 0 0 0 0 1 0 2	Bônus POS REDE PRESTADORA	Nome DENTAL UNI COOPERATIVA	11 Data validade da Carteira / /	12 Aniversário do Carteira / /
---	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

13-Membre	14-Teléfono	15-Membre do Blusão ou plano
LARYSSA REGIS FLORES	02/02/2004	GERALDO MARCOS FLORES

16-Endereço do Contribuinte (Excluído para os contribuintes do Imposto de Renda)									
17-Endereço do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA									
18-Número no CRO 44352									
19-UF MG									
20-Código CBO S									
21-Endereço do Contribuinte WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA									
22-Número no CRO 44352									
23-UF MG									
24-Código CBO S									
25-Endereço do Contribuinte WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA									
26-Número no CRO 44352									
27-UF MG									
28-Código CBO S									

Formulário de Registro de Medicamentos e Produtos Químicos												
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dose/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Med. da Casa	42-Assinatura
1	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5,0,0	0,0,0,0		S	02/11/2020		[Assinatura]
2	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5,0,0	0,0,0,0		S	02/11/2020		[Assinatura]
3	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5,0,0	0,0,0,0		S	02/11/2020		[Assinatura]
4	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5,0,0	0,0,0,0		S	02/11/2020		[Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição: Termino do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fracionamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia Co-participação R\$

1-Totais 2-parcial

1 4 0 0 0 0

0,0,0,0

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 e autorizo a emissão de boleto bancário para pagamento de valores devidos, bem como a contratação de planos de saúde, quando necessário, para a realização do tratamento. 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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 e não cobertos pelo plano de saúde, bem como a indenizar o profissional contratado que assina esse documento, os valores e honorários previstos no contrato, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 e honorários previstos no contrato, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

45-Obavestilo

50-D-Data, local e Asphal'tura do Cirurgião-Dentista Soluções

St-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa:

02/11/2019 Bala Horizon 1g

02/12/20 Balb Horizontal

Mahe's Elite Res'Yan'

02/11/2016 Ballo Horizonte

PISTA

~~PRODUTÃO DENTISTA~~

LOPEZ
ODONTOLOGIA

