



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



640295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 29/07/21		4-Data de Autorização 30/07/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8877069		7-Data Validação da Série 27/10/21													
Dados do Beneficiário										8-Data de Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
8-Número da Carteira 00202540380500000101031		9-Pano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome BRENDO FERREIRA DELFINO		24/08/2001											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										14-Telefone (31) 9 9556-9106		15-Nome do titular do plano ELIAS DELFINO DE OROZIMBO											
16-Ancionamento a R/N N		17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 44352		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNU / CPF 0479519642		22-Nome do Contratado Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Exatante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										30-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut 40-Data de Realização		41-Motivo da Glisa 42-Admissão									
30-Tabala 31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut 40-Data de Realização		41-Motivo da Glisa 42-Admissão															
1-0081000065				1		3400		0,00															
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsto Término do Tratamento 30/07/21		44-Tipo de Abandono 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\$													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Solicitante) 30/07/21 BH DR. WANDERSON LOPES														51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Responsável) 30/07/21 BH DR. WANDERSON LOPES		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/21 BH		53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/07/21 BH DENTAL UNI					
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(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									