



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



437202
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Dia de Autuação 16/11/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129426	7-Dia Validade da Guia 09/10/13
8-Numero da Carteira 000201253035030000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Coveragem DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/13	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARTHUR DA CUNHA BARONTO COSTA DIAS	14-Telefone (31) 9966504581	15-Nome do titular do plano CHRISTIANE CUNHA BARONTO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642	22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNE/S Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-008100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Tipo 1	35-Idade 34	36-Quantidade US 0
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Dia Previsto Término do Tratamento 07/01/2013	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 Quantitativo US 3400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 0,00

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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
07/01/2013, BH
Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CRO-MG 44.352

51-Dia, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
07/01/2013, BH
Dr. WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CRO-MG 44.352

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/01/2013, BH
Christiane Cunha Baronto

53-Dia, local e Carimbo da Empresa
07/01/2013, BH



CNPJ 34.671.405/00001-73