

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016 4-Data de Autorização 12/05/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8744705 7-Data Validação da Senha 12/05/2016

598540
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025301050000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IDELMA RAIMUNDA FERREIRA 14-Região (31) 97504-0618 15-Nome do titular do plano IDELMA RAIMUNDA FERREIRA

16-Ancoramento a RN 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 de Operadora / CNPJ / CPF 04798519642 22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 44352 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 44352 28-UF MG 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cur	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alt	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Autorização
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/05/2016		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00				12/05/2016		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00				12/05/2016		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00				12/05/2016		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00				12/05/2016		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/06/2016 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 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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. Deixo, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2016 BH 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2016 BH 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/05/2016 BH 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2016 BH

WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 06.711.405/0001-73
BR: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 06.711.405/0001-73
BR: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 06.711.405/0001-73
BR: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA

WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 06.711.405/0001-73
BR: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA