

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



800487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 13/01/11 11/21		4-Dia de Ativação 01/11/12 11/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9352323		7-Dia Validade da Série 12/8/10 21/22	
8-Número da Carteira 000202540620700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome WALLACE LEONARDO MARQUES											
14-Dados do Dentista Responsável pelo Tratamento 27/09/1974											
15-Avinculamento a RN 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 / CNPJ / CPF 04798519642		22-Nome do Consultado Encarregado WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CHES			
26-Nome do Profissional Encarregado WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento			32-Descrição			33-Dente Regido			34-Sexo		
1-00181000065			CONSULTA ODONTOLÓGICA			1			35-Ont		
2-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			34,00			36-Quantidade US		
3-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1			37-Via		
4-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00			38-Frequência/Co-avaliação R\$		
5-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1			39-Aut		
6-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00			40-Dia de Realização		
7-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1			41-Medida da Oclusão		
8-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00			42-Assinatura		
9-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1					
10-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00					
11-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1					
12-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00					
13-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1					
14-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			36,00					
15-00185300047			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1					
43-Dia Previsto Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Frequentes Co-avaliação R\$											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/11/2011 BH
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 14.871.406/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRM-MG 44.367

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/2011 BH
WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
CNPJ: 14.871.406/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRM-MG 44.367

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/2011 BH
WALLACE LEONARDO MARQUES
CNPJ: 14.871.406/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRM-MG 44.367

53-Dia, local e Assinatura da Empresa
01/11/2011 BH
WALLACE LEONARDO MARQUES
CNPJ: 14.871.406/0001-73
DR. WANDERSON LOPES
CRM-MG 44.367