



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



443178
INTERCÂMBIO

1º Registo ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4º Data de Autorização 21/11/2012	5º Sessão AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 8155563	7º Data Vencida da Sessão 17/10/2012
--------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	--	---

8º Número da Carteira 000202534044600000010101	9º Plano POS REDE PRESTADORA	10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11º Data Validade da Carteira / /	12º Número do Cartão Nacional de Saúde / / /
---	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---

13º Nome WANDERSON LUIZ DA SILVA AMARAL	14º Telefone (31) 964565114	15º Nome do titular do plano WANDERSON LUIZ DA SILVA AMARAL
--	--------------------------------	--

16º Atendimento e RV N	17º Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18º Número no CRO 44352	19º UF MG	20º Código CBO S 025 -
21º Código na Operadora / CNUJ / CPF 004798519642	22º Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23º Número no CRO 44352	24º UF MG	25º Código CNES Env/AT - RX (1) 85100200
26º Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	27º Número no CRO 44352	28º UF MG	29º Código CBO S (1) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Autorização
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	0,00	0,00		22/11/2012		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	6,10	0,00	0,00		22/11/2012		
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,10	0,00	0,00		22/11/2012		
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,10	0,00	0,00		22/11/2012		
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,10	0,00	0,00		22/11/2012		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	8,80	0,00	0,00		22/11/2012		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Fim do Tratamento 22/11/2012	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 420,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Coparticipação 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 ancorar com as quotas previstas 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme previsto no contrato.

49-Observação
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira

CIRURGIÃO DENTISTA

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/11/2012 BH

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/11/2012 BH CRO-MG 44.352

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
22/11/2012 BH

53-Dia, local e Assinatura da Empresa
22/11/2012 BH



CNPJ 34.671.405/0001-73