



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-48



421726
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Dia de Emissão da Guia 18/11/2019	4-Dia de Autuação 23/11/2019	5-Será AUTORIZADO	6-Valor da Guia Principal 8064612	7-Dia Validação da Guia 16/10/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome ANA PAULA BORGES			14-Telefone (31)91914143-241810	15-Nome do titular do plano ANA PAULA BORGES		
16-Atendimento a NV WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
17-Código na Operadora / CNPJ / CNP 047918519642			22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA			27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S	
30-Tabela						
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00
5-0000000000						
6-0000000000						
7-0000000000						
8-0000000000						
9-0000000000						
10-0000000000						
11-0000000000						
12-0000000000						
13-0000000000						
14-0000000000						
15-0000000000						
43-Guia Prevista Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento 3-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência			
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 144,00		
47-Valor Total R\$ 0,00				48-Total Franquia / Co-participação 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, 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-Operadora

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/11/2019 Belo Horizonte

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/11/2019 Belo Horizonte

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
27/11/2019 Belo Horizonte

53-Dia, local e Carimbo da Empresa
27/11/2019 Belo Horizonte

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Ana Paula Borges
421726
INTERCÂMBIO

WANDERSON LOPES
ODONTOLÓGICA

CNPJ 34.671.405/00001-73