

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



782383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/21		4-Data de Autorização 11/8/11 11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9298071		7-Data Validação da Senha 11/5/11 02/12/12	
8-Número da Carteira 01020254296720000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número da Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CONCEICAO APARECIDA MOREIRA		22/08/1983		14-Telefone (31) 9185918-011001		15-Nome do titular do plano CONCEICAO APARECIDA MOREIRA					
16-Atendimento a RN WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		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 / CNU / CPF 0479185119642		22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CIES			
26-Nome do Profissional Executante 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 Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa
1-0	010000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00				
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00				
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00				
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00				
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00				
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		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 1178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11 BH
CNPJ: 07.374.408/0001-73
DIRETOR RESPONSÁVEL POR LOPES

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 BH
CNPJ: 07.374.408/0001-73
DIRETOR RESPONSÁVEL POR LOPES

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 BH
CNPJ: 07.374.408/0001-73
DIRETOR RESPONSÁVEL POR LOPES

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11 BH
CNPJ: 07.374.408/0001-73
DIRETOR RESPONSÁVEL POR LOPES

54-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11 BH
CNPJ: 07.374.408/0001-73
DIRETOR RESPONSÁVEL POR LOPES