

334562 INTERCAMBIO											
3-Data de Emissão da Guia 06/07/20		4-Data de Autorização 09/07/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7684109		7-Data Validade da Senha 04/10/20			
Beneficiário a Carteira 20252494960000801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa W W SERVICOS DE APOIO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Beneficiário NA MARIA BATISTA 08/08/1968				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA MARIA BATISTA					
Contratado Responsável pelo Tratamento ento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante URBANO HENRIQUE NOGUEIRA		18-Número no CRO 15273		19-UF MG		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-37					
22-Operadora / CNPJ / CPF 427780663		22-Nome do Contratado Executante URBANO HENRIQUE NOGUEIRA		23-Número no CRO 15273		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Profissional Executante NO HENRIQUE NOGUEIRA		27-Número no CRO 15273		28-UF MG		29-Código CBO S					
Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Código do Procedimento 085400149	32-Descrição COROA TOTAL METÁLICA	33-Dente/Região 37	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 47200	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ S	39-Aut 230720	40-Data de Realização 230720	41-Motivo da Glosa Justa	42-Assinatura Justa
43-Previsão Término do Tratamento 07/20											
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 47200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, ainda 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 no plano de tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/20 Dr. Urbano Henrique Nogueira CRO-MG 15273		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 Adriana Maria Batista		53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/07/20 Nucleo Odonto Av. Augusto de Lima, 479/907 Centro S. He. - CEP 30190-000 Tel: 3271-1282-3271-1782							