

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



784052
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011		4-Data de Autorização 19/11/2011		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9303292		7-Data Validade da Série 11/02/2012	
8-Balancete da Clínica 01020202521185600003403		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional do Saúde / /			
13-Nome DAVI DINIZ CAMILO DA SILVA		14-Data de Contratação / Responsável pelo Tratamento 29/12/2011		15-Telefone (31) 255212615		16-Nome do titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA					
16-Anuenciamento 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 -		21-Data Validade da Carteira / /	
21-Código na Operadora / ODP / CPF 04798519642		22-Nome do Contratado Exclutante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 44352		24-UF MG		25-Código CHES / /		26-Data Validade da Carteira / /	
26-Nome do Profissional Exclutante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352		28-UF MG		29-Código CBO S / /		30-Data Validade da Carteira / /		31-Data Validade da Carteira / /	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa
1-0	0185100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	0	1	61,00	0,00				
2-0	0185100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	0	1	61,00	0,00				
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											
42-Data Previsto Término do Tratamento 19/11/2011		43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-odontológico 4-Urgência/Emergência		44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela		45-Total Quantidade US 122,00		46-Valor Total R\$ 0,00		47-Total Franquia / Co-participação 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

48-Operadora

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 06.947.140/0001-73
DOUTOR WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352

CNPJ: 06.947.140/0001-73
DOUTOR WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352

CNPJ: 06.947.140/0001-73
DOUTOR WANDERSON LOPES
CRO-MG 44352

Flam' Rosa da S. Duz