



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10	4-Data de Autorização 12/9/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999866	7-Data Validade da Senha 12/5/01
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

405927
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025328027000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANA FERREIRA GOMES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do Plano CARLUCCIO SOARES DE JESUS
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 16986	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Data Validade da Guia 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15181523812687	23-Nome do Contratado Executante WANDER LIMA LOURENZON	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante WANDER LIMA LOURENZON	27-Número no CRO 16986	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dent/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-10	0181000294	LEVANTAME NTO		1	2	2,00	0,00			02/10/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Realizamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2222,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-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) 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/10/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/11
---	---	---	--

Documentação Odontológica