



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

642974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 08:12:11	4-Data de Autorização 10/4/10 08:12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8885364	7-Data Validade da Guia 13/1/11 01:21:11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532890100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE DA SILVA MORAES		14-Telefone 12/04/1958	15-Data de Emissão da Guia 10/2/10 08:12:11	16-Data Validade da Guia 13/1/11 01:21:11	
Dados do Contratado / Prestador de Serviço					
17-Atendimento a RH N	18-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	19-Número no CRO 35532	20-UF MG	21-Código CBO S 09	22-Data de Realização 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05154188913	24-Nome do Contratado Excutante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	25-Número no CRO 35532	26-UF MG	27-Código CBO S	28-Enviar - RX (1) 81000405
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta 1-00181000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mulher da Guia 42-Assinatura
1-00181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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(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					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável					
52-Data, local e Assinatura da Empresa					