



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016 4-Data de Autorização 10/09/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8680677 7-Data Validade da Senha 10/07/2019 579079 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025369297100001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SIMONE RODRIGUES DE ALMEIDA 08/08/1986 14-Teléfono () 15-Nome do Titular do Plano SIMONE RODRIGUES DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 43418 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110677911776471 22-Nome do Contratado Especiente DANIEL FELIPE NUNES 23-Número no CRO 43418 24-UF MG 25-Código CNES 81000405 Enviar - RX 26-Nome do Profissional Especiente DANIEL FELIPE NUNES 27-Número no CRO 43418 28-UF MG 29-Código CBO S

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-10	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	78,10	0,00	0,00	0,00	10/06/2016		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prescrição, Tempo de Tratamento

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

78,10

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 apresentado, 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 acordo com a autorização a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa