

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2173245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015	4-Data de Autorização 11/01/2015	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13412574	7-Data Validação da Sentença 11/01/2015
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0002025045748200041701					
10-Plano POS REDE PRESTADORA					
11-Data Validade da Carteira 11/01/2015					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome KATIANE ROSE DOS SANTOS PEREIRA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano KATIANE ROSE DOS SANTOS PEREIRA					
16-Endereço a RN RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO					
17-Nome do Profissional Solicitante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO					
18-Número no CRO 7491					
19-UF MG					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0021271980001021					
22-Nome do Contratado Executante ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E					
23-Número no CRO 16926					
24-UF MG					
25-Código CNES 2154838					
26-Nome do Profissional Executante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO					
27-Número no CRO 7491					
28-UF MG					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Sentença	34-Face	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	081000421	RX PERIAPICAL	RIL	1	14100	0,10	0,10		S	11/01/2015		
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, local e Assinatura do Titular do Tratamento 11/01/2015	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Pagamento X-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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 11/01/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-CRO-16926 11/01/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2015
---	--	---	---

Luiz Alberto Costa Reis
CPF: 041.946.206-34
Santos Pereira
ODONTODOC
CNPJ: 02.12481104
CNPES: 10.247.0007-03