



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



325272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 06/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7638149	7-Data Validade da Senha 11/04/10 09/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
8-Número da Carteira 0002025303448000000101	13-Nome JAYNE REGINA DE MORAIS	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano JAYNE REGINA DE MORAIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 180107119219649111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US												
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800												30/07/10
2-																		
3-																		
4-																		
5-																		
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/07/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7800	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 30/07/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável J. Moraes	53-Data, local e Cartão da Empresa 30/07/10
---	---	--	--

Anderson Lara e Silva
CRO 18.381

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS
ORTODONTICA LTDA

Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS