



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



493447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2013	4-Data de Autorização 10/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8364672	7-Data Validade da Senha 10/06/2016
-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000201253537550000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MAXIMO DIAS DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VALERIA MOREIRA DIAS DA SILVA
------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09
-----------------------	---	------------------------	----------	--------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 110679177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--	--	------------------------	----------	---

26-Nome do Profissional Executante 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-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	10,00	0,00			10/03/2013		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

33-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 1	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-------------------------------	--------------------------	---

Observação: 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 assiste e executa o tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Obs: Paciente com limitação motora pregressa, não consegue assinar o recibo completo.

3-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/13	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/13	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/03/13
---	--	--	---

ODONTODOC LTDA
CNPJ 06.400001/0001-01