



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299809	7-Data Validade da Senha 11/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

477152
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10101210215353755000010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MATEUS FELIPE MOREIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VALERIA MOREIRA DIAS DA SILVA
----------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN ODONTODOC	17-Atendimento a RN ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101617911776471	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405	26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	---	---	---------------------------	-------------	---	---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	1010181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8000	0,00		S	11/05/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento 11/05/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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(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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2011
---	---	---	---