

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



477144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 11/06/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299787	7-Data Validade da Semá 11/06/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0121021531537550100011011	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 VALERIA MOREIRA 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 RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11061791177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES (1) 81000421- (1) 81000421-	26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 81000421-
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	---	---------------------------	-------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001810004211	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	141010	101010	28102121	28102121	28102121	28102121	28102121	28102121
2-001810004211	RX PERIAPICAL	RME	1	1	141010	101010	28102121	28102121	28102121	28102121	28102121	28102121
3-001810004211												
4-001810004211												
5-001810004211												
6-001810004211												
7-001810004211												
8-001810004211												
9-001810004211												
10-001810004211												
11-001810004211												
12-001810004211												
13-001810004211												
14-001810004211												
15-001810004211												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/05/2012	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 28101010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 101010
--	---	--	------------------------------------	------------------------------	---

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) acima, e por mim assinado(s), fulcram realizado(s) com meu consentimento, 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 11/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/06/2012
---	---	---	--

ODONTODOC LTDA
CNPJ: 06.900.001/0001-94