

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



334792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 0 7 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 0 6 / 0 7 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685100	7-Data Validade da Senha 0 4 / 1 0 / 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 6 1 8 0 0 0 0 0 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BELO HORIZONTE CAMARA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FLAVIA NOLASCO DA SILVA	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano FLAVIA NOLASCO DA SILVA
------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	25-Código CNES 24-UF MG	26-Código CBO S 28-UF MG
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------------	--------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 8 0 0 7 1 9 2 9 6 4 9	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA
--	---

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA	27-Número no CRO 18381
---	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	---------------------------------

1-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1 1 4 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
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 Previsão Término do Tratamento 06/10/2012	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 1 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	-----------------------------	---	-------------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2012
---	---	--	--

06.316.1330-0001
ODONTODOC - RADIOLOGIA
ODONTODOC - RADIOLOGIA
AV. Adílio de Almeida, 30, 330-000
BELO HORIZONTE - MG