



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



601765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/09/10 16/12/11	4-Data de Autorização 10/11/10 17/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8755719	7-Data Vencida da Guia 12/11/10 19/12/11
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 101021021538821501001010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11
13-Nome DEYVID DOS SANTOS MARTINS		Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento 07/06/2010		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano LUCILEIA SERBET DOS SANTOS
16-Abandono a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CBO / J / CPF 05154816986113		22-Nome do Contratado Emplacado LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exercitante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES		27-Número no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Cui
1-0	0345	DOC ORTODONTICA "A"		1	3811010
2-					01010
3-					01010
4-					01010
5-					01010
6-					01010
7-					01010
8-					01010
9-					01010
10-					01010
11-					01010
12-					01010
13-					01010
14-					01010
15-					01010
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3811010	47-Valor Total R\$ 101010
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(a) 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 Criador-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Criador-Dentista LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES Cirurgião-Dentista-Radiologista CRU MG 35.32					
52-Data, local e Carimbo da Empresa					