



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão do Guia 11/07/10	4-Dia de Autorização 12/05/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 13411353	7-Dia Válido da Série 11/07/10
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--	-----------------------------------

2172870
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10021025060655003722011	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Dia Válido da Carteira 11/07/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELMAR DE NOVAES BRANDAO	21/06/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELMAR DE NOVAES BRANDAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10211271980001102	22-Nome do Contratado Executante ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E
26-Nome do Profissional Executante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO	27-Número no CNO 7491
	28-UF MG
	29-Código CBO S 2154838
	025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CBO	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franchia/Co-participação R\$	39-UF
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1400	0,00	0,00	25,00	25
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RIL	1	1400	0,00	0,00	25,00	25
3-00	8100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1400	0,00	0,00	25,00	25
4-00									
5-00									
6-00									
7-00									
8-00									
9-00									
10-00									
11-00									
12-00									
13-00									
14-00									
15-00									

43-Dia Exatidão Termino do Tratamento 20/07/10	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, 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(ram) 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-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/07/10	51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/10	52-Dia local e Assinatura do Radiologista / Responsável 20/07/10	53-Dia local e Carimbo da Empresa 20/07/10
---	---	---	---