



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10	4-Data de Autorização 12/13/11	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7983193	7-Data Validade da Semha 12/10/11
-----------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------	------------------------------------	-----------------------------------

8-Número da Carteira 01020252277990000011011	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 FERNANDO MENDES DA SILVA	30/10/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano FERNANDO MENDES DA SILVA
----------------------------------	------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
---------------------	---	------------------------	----------	--------------------	-----------------------

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 1742252516911	22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI	23-Número no CRO 12838	24-UF MG	25-Código CNES 5910413
---	--	------------------------	----------	------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI	27-Número no CRO 12838	28-UF MG	29-Código CBO S
--	------------------------	----------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	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 Glosa	42- Assinatura
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	1	2,2	2,00		0,00			
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 Prevista Término do Tratamento 12/11/10	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oficiodia 4-Urgência/Emergência	45-Valor do Faturamento 1-Total 2-Parcial 222,00	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	-------------------------------	--------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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(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

51-Data local e Assinatura do Solicitante 26/11/10	52-Data local e Assinatura do Operador / Responsável 26/11/10	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/10	54-Data local e Assinatura da Empresa 26/11/10
--	---	---	--

Documentação Odontológica - PTE