



trabalhando para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



641466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/07 12:11	4-Data de Autorização 10/12/08 12:11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8880942	7-Data Vencimento da Guia 12/01/10 12:11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000200253991090000001001001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome FERNANDO FERNANDES LEONEL												
14-Endereço 03011979												
15-Nome do titular do plano FERNANDO FERNANDES LEONEL												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atribuição a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09	205 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNP / CPE 051548698613	22-Nome do Contratado Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CBO S 09	Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000421- (1) 81000375-RMD							
26-Nome do Profissional Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES												
27-Número no CRO 35532												
28-UF MG												
29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000375-RMD												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dens/Radiog	34-Fixo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00	0,00	08/11/24		
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/11/24		
3-0	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/11/24		
4-0	081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	08/11/24		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Fim do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
Declaração: que após ter sido devidamente assistido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aprova e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assistido(s), diferem do realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cuidado-Donatário Solicitante												
51-Data e Assinatura do Cuidado-Donatário												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Assinatura da Empresa												