



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



449746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 11/21	4-Data de Autorização 10/09/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179886	7-Data Validade da Sentença 10/08/10 14/12/11
-----------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5343612010010102	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 RUBENS ALVES MEIRELES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101679177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX	26-UF MG	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101679177647	31-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	32-Número no CRO 43418	33-UF MG	34-Código CNES Enviar - RX	35-UF MG	36-Código CBO S	37-UF MG	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
---------------------	---	------------------------	----------	--------------------	---	--	------------------------	----------	----------------------------	----------	------------------------	----------	-----------------	---	--	------------------------	----------	----------------------------	----------	-----------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraço	35-Qtz	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0811000421	RX PERIAPICAL	RPSP	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
2-00	0811000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
3-00	0811000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
4-00	0811000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
5-00	0811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RCSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
6-00	0811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
7-00	0811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
8-00	0811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
9-00	0811000421	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
10-00	0811000421	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	17,80	0,00	0,00	S	10/08/10	81000421-RIS	(I) 81000375-RPD (I) 81000405
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/10	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 12,04,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	---------------------------------	--------------------------	---

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/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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--