

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AINS 406414 3-Dados de Emissão do Guia 10/7/11 12/12/10 4-Data de Autuação 10/9/11 12/12/10 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8122179 7-Data Validade do Serão 10/7/10 13/12/11

435681
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5336176000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ALEX SOARES LOPES DE SOUZA 06/12/1983 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/12/11 12-Número do Cartão Funcional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC 18-Número no CRO 12838 19-UF MG 20-Código CBO S 09 25-Nome do titular do plano ALEX SOARES LOPES DE SOUZA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17422525161911 22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI 23-Número no CRO 12838 24-UF MG 25-Código CNES 81000421-RPSE 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000405

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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	0810100421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,10	10,10					
2-0	0810100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	10,10					
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-Seleção de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Criodentia	48-Urgência/Emergência	49-Total Faturamento	50-Total 2-Parcial	51-Total Quantitativo US	52-Valor Total R\$	53-Total Franquia / Co-Participação R\$		
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1		

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 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

54-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 55-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 56-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura da Empresa e Documento Odontológico - ME