



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2013	4-Data de Autorização 11/07/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368571	7-Data Validade da Guia 10/07/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 10/02/0253519960000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/2013	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FERNANDO RODRIGUES ROSA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano FERNANDO RODRIGUES ROSA
------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Data Validade da Guia 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110679177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES (1) 81000405
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			19/03/21		
2-0	08100294	LEVANTAMENTO		1		22,00	0,00			19/03/21		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 11/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/21
-------------	---	---	---	---

ODONTODOC LTDA
CNPJ: 19.806.406/0001-94