

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7701562	7-Data Validade da Guia 11/11/10 10/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010202511171612000154012		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira 11/11/10 11/11/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS ALVES TEIXEIRA		13/05/2013	14-Telefone (11) 3336110278	15-Nome do titular do plano INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1800719296149	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CBO S	26-Código CINES	27-Número no CRO 18381	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPID
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------	---------------------------	-------------	-----------------	--

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 Class		42- Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1	0	0	8	1	0	0	4	2	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/10/10	44-Tipo de Atendimento R 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 1400	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1400
--	---	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 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 19/10/10	51-Data Local e Assinatura do Profissional Responsável 19/10/10	52-Data Local e Assinatura da Empresa 19/10/10
---------------	--	--	---

53-Data Local e Assinatura do Profissional Responsável 19/10/10	54-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/10
--	--

06.316.719/0001-12
ODONTODOC RADIOGRAFIAS
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS