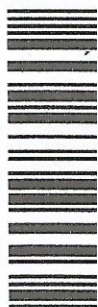




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



500135
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2013	4-Data de Autorização 11/06/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8390194	7-Data Validade da Guia 11/06/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/06/2013	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WELLINTON PEREIRA DOS SANTOS	08/12/1976	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VALERIA MOREIRA DIAS DA SILVA
---	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV 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 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
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		17,8	10,0		0,0	0		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2013	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17,8	47-Valor Total R\$ 10,0	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 e contratuais. 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 11/06/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/2013
---	---	---	---