



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



351528  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 8/12/10  
 4-Data de Autorização 10/07/10 8/12/10  
 5-Senha AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 7762867  
 7-Data Validade da Senha 10/03/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100020253032960100010101  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KELLY ROSANA DA SILVA  
 14-Telefone  
 15-Nome do titular do plano KELLY ROSANA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN ODONTODOC  
 17-Nome do Profissional Solicitante  
 18-Número no CRO 43418  
 19-Uf MG  
 20-Código CBO S 09  
 21-Data Validade da Carteira  
 22-Número do Cartão Nacional de Saúde

2-2-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11016179117776471  
 22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES  
 23-Número no CRO 43418  
 24-Uf MG  
 25-Código CNES  
 26-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES  
 27-Número no CRO 43418  
 28-Uf MG  
 29-Código CBO S  
 30-Data Validade da Carteira  
 31-Número do Cartão Nacional de Saúde

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratada	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Cdx	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2010		Kelly
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2010		Kelly
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2010		Kelly
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2010		Kelly
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/08/2010  
 44-Tipo de Alinhamento 121 - Tratamento Odontológico  
 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
 45-Tipo de Faturamento TI - Total 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US 156,00  
 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/08/2010  
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/08/2010  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08/2010 Kelly Rosana da Silva  
 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/01/08/2010  
 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08/2010 Kelly Rosana da Silva

11/01/08/2010  
 DANIEL FELIPE NUNES  
 CRO-MG: 43.418