



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

729192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2013	4-Data de Autorização 05/11/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9138803	7-Data Validade da Senha 03/01/2013																		
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 00202542407100000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome HEITOR MACEDO PITORRA		14-Telefone 03/04/2013	15-Nome do titular do plano RONAN DE SOUZA FIFFE																				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 18381	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80071929649	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON LARA E SILVA	23-Número no CRO 18381	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS																		
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON LARA E SILVA		27-Número no CRO 18381	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura											
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			07/10/2013		x											
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data de Previsão Término do Tratamento 07/10/2013						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total em US\$ 14,00	47-Valor Total em R\$ 0,00	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 proposto pelo 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 e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a emitir a guia de faturamento e a assinar 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 07/10/2013						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2013						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2013						53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2013					

06.316.719/0001-12

ODONTODOC-RADIOGRAFIAS

ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO

ORTODONTICA LTDA

Av. Abílio Machado, 1264 - Sala (1011)

B. Alípio de Melo - Cep: 30.820-272

BELO HORIZONTE - MG

Anderson Lara e Silva
CRO 18381Anderson Lara e Silva
CRO 18381