



306215  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                                  |                                      |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/04/2010 | 4-Data de Autorização<br>11/04/2010 | 5-Serhu<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>306215 | 7-Data Validade da Serhu<br>13/07/2010 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                           |                                            |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002012511761200011103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE | 11-Data Validade da Carteira<br>11/04/2010 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                      |                             |                                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>HEITOR MELO PIRES MARINHO | 14-Telefone<br>(19) 8561219 | 15-Nome do titular do plano<br>VANUSA MONICA MARINHO |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                                          |                           |             |                       |                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA | 18-Número no CRO<br>39384 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>01 | 25-Data Validade da Serhu<br>025 - |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|

|                                                   |                                                               |                           |             |                |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNU / CPF<br>07095301611 | 22-Nome do Contratado Executante<br>BIANCA BORGES DE OLIVEIRA | 23-Número no CRO<br>39384 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                 |                           |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BIANCA BORGES DE OLIVEIRA | 27-Número no CRO<br>39384 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dentista/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-000     | 81000049                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                    | 1       | 1      | 3,40             | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 2-000     | 85200034                  | TRATAMENTO EM         | 65                 | 1       | 1      | 8,00             | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                       |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/04/2010 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>42,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 em 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 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

*Procedido*  
*Procedido*

|                                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                                  |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>14/04/2010<br>Cirurgião Dentista | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>14/04/2010<br>Cirurgião Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/04/2010<br>Vanusa Monica Marinho | 53-Data, local e Campo da Empresa<br>14/04/2010 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

CRO-MG: 35.935

CRO-MG: 35.935



## RETORNO COM GUIA

Hora de chegada: 09:00

Data: 14/04/2020

Convênio: Odonto Life  
Dental un

NOME: Victor Roberto Alves Oliveira

MOTIVO DA CONSULTA: X extrair dente

ATENDIMENTO ANTERIOR DIA: 08/07/19

MESMO DENTE? ( ) Sim (X) Não

Assinatura do paciente:

Preenchimento obrigatório pelo Cirurgião Dentista que realizou o atendimento

Número do dente: 65 Diagnóstico: Dente com mobilidade

Conduta clínica: Exodontia

Medicamento prescrito: Dipirona a r - caso de dor

Radiografia: ( ) Não (X) Sim. Quantidade? 02 Fotografia: ( ) Não ( ) Sim. Quantidade?     

Atestado: ( ) Não ( ) Sim. Quantos dias?      Nome do Dentista: Milena