



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



1- Registro AINS
406414

3- Data de Emissão da Guia
13/11/09

4- Data de Autorização
10/11/09

5- Sanja
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7833364

7- Data Validade da Sanja
12/9/11

366578

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
000202506085500178404

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11- Data Validade da Carteira
/ /

12- Número do Cartão Nacional de Saúde
/ /

13- Nome
MARIANA KEWELLYN GOMES GONCALVES

02/10/2002

14- Telefone
(31) 973413585

15- Nome do titular do plano
JULIO CESAR ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

22- Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18- Número no CRO
39372

19- UF
MG

20- Código CBO S
MG

23- Número no CRO
39372

24- UF
MG

25- Código CNES
MG

26- Código CBO S
MG

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
063112468607

22- Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23- Número no CRO
39372

24- UF
MG

25- Código CNES
MG

26- Código CBO S
MG

Faturar Empresa

28- Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

27- Número no CRO
39372

28- UF
MG

29- Código CBO S
MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	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	00	810000055	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00					
2	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00					
3	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00					
4	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00					
5	00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00					
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsto Término do Tratamento 10/3/09	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Cidcodona	4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1174,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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
10/3/09/20

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
10/3/09/20

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/3/09/20

53- Data, local e Cartão da Empresa
01/11/11

CRO-MG 39372

ANA CAROLINA DIAS

JULIANA