

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



266766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/2017 4-Data de Autorização 12/07/2017 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7297938 7-Data Validade da Semina 10/06/2014 12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025060655001369021 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

VIVIANE ALVES MIRANDA ANDRADE 24/02/1979 14-Telefone (1311) 0000000000 15-Nome do titular do plano WILSON PEREIRA DE ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN IMPLANTARTE 17-Nome do Profissional Solicitante EDNA TEIXEIRA MASSIF SILVA 18-Número no CRO 24537 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0000193676001 22-Nome do Contratado Executante EDNA TEIXEIRA MASSIF SILVA 23-Número no CRO 24537 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDNA TEIXEIRA MASSIF SILVA 27-Número no CRO 24537 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-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 Glória	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	S	12/03/2017		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Revista Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total 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, 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), 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 Consultado-Dentista Solicitante 12/03/2017 51-Data, Local e Assinatura do Consultado-Dentista 12/03/2017 52-Data, Local e Assinatura do Consultado-Dentista 12/03/2017 53-Data, Local e Assinatura do Consultado-Dentista 12/03/2017 54-Data, Local e Assinatura do Consultado-Dentista 12/03/2017