

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



332160

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/01 4-Data de Autorização 10/12/10/17/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7674326 7-Data Validade da Senha 12/9/10/19/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/5/06/05/5/02/3/4/0/0/2/1 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 SOFIA MIRELLE DE OLIVEIRA MOREIRA 09/10/2006 14-Telefone 349413322 15-Nome do Titular do Plano ROBSON MUCIO MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CRO 39372 28-UF MG 29-Código CBO S Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figto	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	S	02/10/12/01		
2	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00	S	02/10/12/01		
3	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	S	02/10/12/01		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 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 em contrato. Deixo 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: imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 02/10/12/01 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 02/10/12/01 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/10/12/01 53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO-MG 39372

Ana Carolina Dias
Ortodontia

Robson Mucio de Oliveira