



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2015	4-Data de Autorização 11/11/15	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 313468	7-Data Validade da Semeta 12/10/18
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

313468
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025242496000010151	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/15	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ADRIANE APARECIDA GONALVES SENNA	30/05/1978	14-Telefone (131) 95186110	15-Nome do titular do plano CARLA GONCALVES
---	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA	18-Número no CRO 39384	19-UF MG	20-Código CRO S 01	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611111	22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 39384	24-UF MG	25-Código CHES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregião	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
1-0	018100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00	0,00	N	14/10/2015	46-46	46-46
2-0	0181520034	TRATAMENTO EM	16	1	1	8,00	0,00	0,00	N	14/10/2015	46-46	46-46
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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-Francel	46-Total Quantidade US 42,00	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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), justificam 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

Política empresarial odontológica em 16. Fox radiológico e radiodontia de emergência.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário Solicitante 14/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário Solicitante 14/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/10/2015
--	--	---	--