



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



540867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015	4-Data de Autorização 10/04/2015	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8547840	7-Data Validade da Carteira 10/02/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511761200024002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HELIO VAGNER DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLA ANDREZZA DA SILVA
----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100633781655	22-Nome do Contratado Especiente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNE S Enviar - RX
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Especiente BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200	30-Antes Faturar Empresa
--	---------------------------	-------------	---	-----------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Antes	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	1	35,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	1	35,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	1	35,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HA	1	35,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	DP	1	88,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	MP	1	88,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
8	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	88,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	61,00	0,00			10/05/2015		H. Vagner
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 499,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
----------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2015	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	---	---	---