

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 11/21 4-Data de Autorização 10/07/10 11/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8170836 7-Data Validade da Senha 10/04/10 14/12/11 447062 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 5 3 4 5 3 2 7 0 0 0 0 1 0 4 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAEME GEOVANA MARTINS RIBEIRO DOS SANTO 02/01/2013 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano ALDINE GRAZIELA MARTINS TONACO HONORATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 6 3 1 2 4 6 8 6 0 7 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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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	010	810000065				134,00	0,00			10/07/10		Thaeme
2	010	840000090				72,00	0,00			10/07/10		Thaeme
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/07/10 11/21 44-Tipo de Atendimento 11-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circuidoria 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 11-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(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 10/07/10 11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/07/10 11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/10 11/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Thaeme Martins Tonaco
Ana Carolina Dias
Ortodontia
CRO-MG 39372