



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1- Registro ANS 406414	3- Data de Entrada na Guia 10/9/10 9/12/10	4- Data de Autorização 11/8/10 9/12/10	5- Sanha AUTORIZADO	6- Número de Guia Principal 7856384	7- Data Validação da Sanha 10/8/11 12/12/10
---------------------------	---	---	------------------------	--	--

8- Número da Carteira 10/02/02 5/06/06 5/5/01 18/6/5/02					
--	--	--	--	--	--

9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------	---	--	--

13- Nome RENATA PEREIRA MARQUES	07/12/1987	14- Telefone () 00 00 00 00 00 00	15- Nome do titular do plano EUCLEIDES DE ALMEIDA VIEIRA
------------------------------------	------------	---------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ARAO MILLONS	18- Número no CRO 38141	19- UF MG	20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/647700046821	22- Nome do Contratado Exatante FLAVIA ARAO MILLONS	23- Número no CRO 38141	24- UF MG	26- Código CNES
25- Nome do Profissional Exatante FLAVIA ARAO MILLONS	27- Número no CRO 38141	28- UF MG	29- Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- 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 Guise	42- Assinatura
1- 10 10	18 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 10	10 10 10		11/8/10 9/12/10			
2- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 10 10	10 10 10		11/8/10 9/12/10			
3- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 10 10	10 10 10		11/8/10 9/12/10			
4- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 10 10	10 10 10		11/8/10 9/12/10			
5- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 10 10	10 10 10		11/8/10 9/12/10			
6- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
7- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
8- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
9- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
10- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
11- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
12- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
13- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
14- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											
15- 10 10	18 5 3 0 0 0 4 7											

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 11781010	47- Valor Total R\$ 101010	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), 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 11/8/10 9/12/10	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/10 9/12/10	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/10 9/12/10	53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/8/10 9/12/10
---	---	---	---

Cirurgião Dentista
CRO-MG 38.141