

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
4006414

3-Dado de Emissão da Guia
11/05/10 18:12:00

4-Dado de Autorização
11/11/11

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
357644

7-Data Validade da Senha
11/3/11 11:12:00

INTERCAMBIO
357644

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102025312465000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEXANDRA NAZARE CARILLO

12/04/1981

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRA NAZARE CARILLO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico 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 CBO S
01

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
070953011611

22-Nome do Contratado Executante
BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
39384

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
39384

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3,40	0,00			11/08/2010		Alexandre
2-0	0185200042	PULPOTOMIA	48	1	1	3,00	0,00			11/08/2010		Alexandre
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 Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
147,00

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) 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

Juliano meeiros de antomônico. Realizado por Alexandre.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/08/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/08/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/08/2010 Alexandre

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/08/2010