



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



374407
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS

406414

3. Data de Emissão da Guia

11/4/10/9/12/0

4. Data de Autorização

11/4/10/9/12/0

5. Sentença

PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6. Número da Guia Principal

374407

7. Data Validade da Sentença

11/3/11/2/12/10

8. Nome do Beneficiário

JULIANA HELENA PEREIRA GODOI

9. Número da Carteira

010120125060615501012904

10. Plano

POS REDE PRESTADORA

11. Empresa

CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

12. Data Validade da Carteira

11/4/10/9/12/0

13. Nome do titular do plano

EUDER EUSTAQUIO GODOI

14. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA

15. Atendimento a RM

N

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF

01070953016111

22. Nome do Contratado Executante

BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

23. Número no CRO

39384

24. UF

MG

25. Código CHES

MG

26. Código CBO S

025 -

27. Nome do Profissional Executante

BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

32. Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

REST TEMP TRAT EXPECTANTE

36

33. Dente/Região

34. Face

35. Qtd

36. Quantidade US

37. Valor

38. Franquia/Co-participação R\$

39. Anv

40. Data de Realização

41. Molino da Gesso

42. Assinatura

30. Tabula

31. Código do Procedimento

1-0101810000571

2-00018520000851

3-00018520000851

4-00018520000851

5-00018520000851

6-00018520000851

7-00018520000851

8-00018520000851

9-00018520000851

10-00018520000851

11-00018520000851

12-00018520000851

13-00018520000851

14-00018520000851

15-00018520000851

43. Data Previsão 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- Parcial

46. Total Quantidade US

841010

47. Valor Total R\$

0101010

48. Total Franquia / Co-participação R\$

000000

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

Fatura. Pod. go. do Prof. Temp. com CTV

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

11/4/10/9/12/0

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/4/10/9/12/0

DR. BORGES DE OLIVEIRA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 39384

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/4/10/9/12/0

53. Data, local e Carimbo da Empresa

11/4/10/9/12/0