



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



556065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 556065	7-Data Validade da Senha 17/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202520224600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/2011	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome BERNARDO PEIXOTO JUNIOR	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano BERNARDO PEIXOTO JUNIOR
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a R/N 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 0709153016111	22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 39384	24-UF MG	25-Código UNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

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-Frnc	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franguila/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Gusa	42-Assinatura
1-00081000049		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4,00	0,00	0,00	N	19/05/2011		
2-00085400467		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	47	1	8,00	0,00	0,00	0,00	N	19/05/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/05/2011	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franguila / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	--

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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram 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

Boa proteção sobre. Muito obrigado por suas recomendações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/05/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/05/2011
---	---	---	--

Dr. Bernardo Peixoto Junior
C.R.O. MG 35.584