



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



334807

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10	4-Data de Autorização 10/07/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685249	7-Data Validade da Senha 10/04/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0002025117612000037702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ROSANE DAS GRACAS REIS	14-Telefone () 3041-4202	15-Nome do titular do plano ROBERTO ANTONIO DOS ANJOS RUAS
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372
18-Número no CRO 39372	19-UF MG
23-Número no CRO 39372	24-UF MG
25-Código CNES	28-Código CBO S
Faturar Empresa	

30-1-Abela	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 Glosa	42-Assinatura
1.00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/07/20		X Rosane
2.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00				10/07/20		X Rosane
3.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00				10/07/20		X Rosane
4.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00				10/07/20		X Rosane
5.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00				10/07/20		X Rosane
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20	CRO-MG 39372
---	---	---	---	--------------

Ana Carolina Dias

Ortodontista

X Rosane das Gracas Reis