



Indicadores para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



343662
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7725171	7-Data Validade da Guia 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 002025117612000037702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	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 RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0163121468607	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CNO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CNO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura		
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	8,00	0,00	5,28	0,00	0,00		22/10/2012		ROSANE
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,10	0,00	5,28	0,00	0,00		22/10/2012		ROSANE
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-Pagamento Terminado do Tratamento 28/10/2012	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 149,00	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) 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 28/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012
53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Carimbo da Empresa

ROSANE DAS GRACAS REIS
Ana Carolina Dias
Ortodontia
CRO-MG 39372