

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



324759

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2012 4-Data de Autorização 11/06/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7635796 7-Data Validade da Semana 11/06/2012

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10021202511761200011101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome VANUSA MONICA MARINHO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VANUSA MONICA MARINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CRO 39372 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Atividade

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Atividade
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OPV	1	122,00	0,00			11/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchisa / 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 este 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 11/06/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 54-Data, local e Carimbo da Empresa

Ana Carolina Guimarães Marinho
CRO-MG 39372