



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

414391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8033511	7-Data Validade da Senha 10/12/2012
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202511761200017601			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome NEIMAR MARCOS BARRETO			14-Telefone () -		
15-Data Validade da Carteira 18/06/1983			16-Nome do titular do plano NEIMAR MARCOS BARRETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			17-Número no CRO 13255		
18-UF MG			20-Código CBO S 06		
16-Atendimento a RN N			23-Número no CRO 13255		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51791471668			24-UF MG		
22-Nome do Contratado Executante SELIO DE CASTRO OTTONI			25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante SELIO DE CASTRO OTTONI			27-Número no CRO 13255		
28-UF MG			29-Código CBO S		
30-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização 02/12/2012			41-Motivo da Glosa		
42-Assinatura					
30-Tabela 1-0085400149			31-Código do Procedimento COROA TOTAL METÁLICA		
32-Descrição			33-Dente/Região 25		
34-Face			35-Qtd 1		
36-Quantidade US			37-Valor 472,00		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização			41-Motivo da Glosa		
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/2012			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			46-Total Quantidade US 472,00		
47-Valor Total R\$ 0,00			48-Total Franquia / Co-participação R\$		
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/2012					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2012					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/2012					

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.

Selio de Castro Ottoni
Ortodontista
CRO-MG 13255

NUCLEO D'ODONTO
Av. Augusto de Lima, 479/900
Centro - B. Hte. - CEP 30140-000
Tel: 31262-3271