



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



423492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11/20	4-Data de Autenticação 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 423492	7-Data Validade da Sentença 11/8/10 21/2/11
--------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202506065500047201	9-Pessoa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome WALLYSON APARECIDO ARAUJO	14-Telefone (131) 338919514	15-Nome do titular do plano WALLYSON APARECIDO ARAUJO
--------------------------------------	--------------------------------	--

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 070915301611	22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 39384	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glorja	42-Assinatura
1-0	0	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	1	34,00				
2-0	0	85200034	TRATAMENTO EM			18	1	8,00				
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Prévio ao Tratamento 12/11/2010	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 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

Alto nível odontológico realizado pulpectomia

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>[Assinatura]</i>	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i>	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i>	53-Dia, local e Cartão da Empresa <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	--