



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

1491371
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/2013	4-Data de Autorização 16/06/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11333342	7-Data Validade da Senha 13/09/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025111761200046802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THALES ROCHA RODRIGUES		14-Telefone 30/04/1984	15-Nome do Titular do plano PRISCILA SALES GERALDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		18-Número no CRO 9460	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6056264000179		22-Nome do Contratado Executante CONSULTORIO ODONTOLOGICO DR. JOSE		23-Número no CRO 9460	24-UF MG
25-Código CNES 0083291		26-Nome do Profissional Executante JOSE ROBERTO DE ALMEIDA		27-Número no CRO 9460	28-UF MG
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

CONST. ODONT
DR. JRA LTDA
EPAO 6742