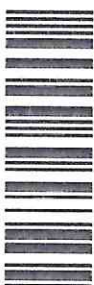




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



318408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2015	4-Data de Autorização 12/09/2015	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 318408	7-Data Validade da Senha 12/07/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010202526173600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/09/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MICHELLE FONSECA DURAES	14-Telefone (11) 39384001	15-Nome do Titular do plano MICHELLE FONSECA DURAES
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA	18-Número no CRO 39384	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611	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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	35	1	3	4,00	0,00		N	29/05/2015	MICHELLE FONSECA DURAES
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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-Deveração

Justificativa: Realizada por indicação de um CIV

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/05/2015	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 29/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/05/2015
---	---	---	---