

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/2/0	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 429291	7-Data Validade da Senha 12/5/10 12/12/11	429291 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 010210253236220000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO EUSTAQUIO FERRAZ		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano LEONARDO EUSTAQUIO FERRAZ

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 01709530116111		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		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1-0	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00				11/12/11		
2-0	0185100056	CURATIVO DE DEMORA EM	24		1	18,00				11/12/11		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão 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 42,00	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(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 Suprimento material odontológico. Realizado pulpectomia.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---	---