

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012 4-Data de Autenticação 11/11/2012 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 423433 7-Data Validade da Sentença 17/02/21

423433
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202506065500331201

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira 11/11/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBSON SILVA CLAUDINO

04/09/1976

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ROBSON SILVA CLAUDINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 39384

19-UF MG

20-Código CBO S 01

21-UF MG

22-Código CNES

23-Código CBO S

24-UF MG

25-Código CBO S

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-UF MG

27-Número no CRO 39384

28-UF MG

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7				
2-0	0	8	5	2	0	0	3	4				
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(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-Operação

duplita mesa'nel ant metice. Redigido pulpectomia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2012

53-Data, local e Caimento da Empresa 13/11/2012