

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 11/2/0 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 414150 7-Data Validade da Sentença 10/5/10 2/1/12 11

414150
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 8 7 7 7 0 0 0 0 1 0 1 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 ISABELA LAGE PINHEIRO VIANA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ISABELA LAGE PINHEIRO VIANA 16-Data de Nascimento 19/01/1993 17-Data Validade da Carteira 02/5 -

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0710953101611 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-Face	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	0	8 1 0 0 0 5 7				1	3 4 1 0 0					
2-0	0	8 5 2 0 0 0 3 4				1	8 1 0 0					
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 Prevista Término do Tratamento	44-1 Tipo de Atendimento	45-1 Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4 2 1 0 0	0 1 0 0								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.

48-Observação: *Plano odontológico realizado. Realizado exame radiológico e diagnóstico e direcionamento para tratamento.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/11