

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



326148

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 19/06/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642550	7-Data Validade da Semeta 16/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102021506065502340021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA			
13-Nome SOFIA MIRELLE DE OLIVEIRA MOREIRA	09/10/2006	14-Telefone () 349413122	11-Data Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		15-Nome do titular do plano ROBSON MUCIO MOREIRA			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	27-Número no CRO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S		

30-Tabella	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 Grosse	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			19/06/2012		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			19/06/2012		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			19/06/2012		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			19/06/2012		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			19/06/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 19/06/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/06/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/06/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/06/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Assinatura do Cirurgião-Dentista
Ana Carolina

CRO-MG 39372