

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364939
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/08 4-Data de Autorização 1/1/1/1 5-Sentença ABERTO 6-Número da Guia Principal 364939 7-Data Validade da Sentença 12/5/11 1/1/2/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/6/4/6/2/8/0/0/0/1/3/0/2/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DIEX DIST ATAC IMPORT EXPORT 11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

13-Nome ANA LUISA DE SOUZA FRAGA 16/09/2008 14-Telefone () 3 4 4 4 1 2 7 0 4 15-Nome do titular do plano DOUGLAS FERNANDO BARBOSA FRAGA

Dados da Carteira Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 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-Dentista/Ringilo	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	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 Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial 46-Totai Quantidade US 4 2 1 0 47-Valor Total R\$ 10 1 0 48-Totai 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.

Observação

Seu cimentoite. Realizado ajuste odontol e prescrição de medicamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/7/08/18/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/7/11/08/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/7/11/08/11/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/7/11/08/11/20