

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 425840 7-Data Validade da Senha 12/1/10 8-Data Validade da Senha 12/1/10 9-Data Validade da Senha 12/1/10

425840
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025112343000340011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO ANDRADE DUARTE

12/12/1996

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano BRUNO ANDRADE DUARTE

Dados do Contratado / Profissional pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 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 07095301611

22-Nome do Contratado Especialista BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

23-Número no CRO 39384

24-UF MG

25-Código CNEIS

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 39384

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00		N	23/11/2011		X Bruno
2-00	8520034	TRATAMENTO EM	36	1	1	8,00	0,00		N	23/11/2011		X Bruno
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 47-Valor Total R\$ 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) 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-Observação

Fuizte amonstado e concordou em 36. Foi realizado o pulpôto e de murena

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/11/2011