



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 389189 7-Data Validade da Senha 02/10/11 8-Data Validade da Guia 02/10/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5 2 7 9 4 1 0 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 CARLOS EDUARDO DE FIGUEIREDO 20/11/1972 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DE FIGUEIREDO

Dados do Contratado 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 07/09/53/0116/11 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

30-1-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 1 8 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 1 0 0				04/10/20		
2-0 0 1 8 5 4 0 0 4 6 7		RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	21		1	8 1 0 0				04/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Totál	2-Parcial	46-Totál Quantidade US	47-Valor Totál R\$	48-Totál 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-Observação

Para prática sobre. Relação Recimentação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/10/20

389189
INTERCÂMBIO