

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



423265
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/9/11/210 4-Data de Autorização 10/2/11/21210 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8070856 7-Data Validade da Senha 11/7/10/21211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120215118151002145301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GERALDO GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR 14-Teléfono (31) 96071-3413 15-Nome do titular do plano GERALDO GONCALVES DOS SANTOS JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LORENA COELHO SIQUEIRA 18-Número no CRO 35839 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06431212690 22-Nome do Contratado Executante LORENA COELHO SIQUEIRA 23-Número no CRO 35839 24-UF MG 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218 (III) 85100200 26-Nome do Profissional Executante LORENA COELHO SIQUEIRA 27-Número no CRO 35839 28-UF MG 29-Código CBO S (I) 85100218 (II) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cmd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/11/2011		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/11/2011		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/11/2011		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/11/2011		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/11/2011		
6-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OD		1	88,00	0,00		S	20/10/2011		
7-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	OMD		1	122,00	0,00		S	20/10/2011		
8-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM		1	88,00	0,00		S	28/10/2011		
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/10/2011 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 476,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Frangula / Co-participação R\$

49-Observação: 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: imagem ok. deveu Rx que estava quando levei a guia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2011 x faturar 53-Data, local e Cartão da Empresa 08/11/2011

Dra. Lorena Coelho Siqueira
 Cirurgiã-Dentista
 CRO-MG 35839