

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2011 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 465954 7-Data Validade da Senha 13/01/2014 8-Data Validade da Carteira 13/01/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253385990000011011011

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 TATIANE VIEIRA DE SOUZA

12/01/1983

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano TATIANE VIEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA

18-Número no CRO 39384

19-UF MG

20-Código CBO S 01

025 -

21-Código na Operadora / DNPJ / CPF 107095301611

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-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	81000057										
		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE										
2-0	0	85200034										
		TRATAMENTO EM	18									
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-T-Total 2-Parcial	412,00	10,00								

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

49-Observação

Recebo agudo. Realizado início e desengem no murece

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/01/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2011