

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o311791
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064 14	3-Dados de Emissão da Guia 10 8 / 10 5 / 12 10	4-Dados de Autorização / / / / /	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 31791	7-Dados de Validade da Sentença 10 6 / 10 8 / 12 10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10 0 12 10 2 5 2 9 3 5 3 1 0 0 0 1 0 1	9-Tipo de Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados de Validade da Carteira / / / / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDO ALKIMM DE BARROS FILHO					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do Titular do plano FERNANDO ALKIMM DE BARROS FILHO					

025 -		20-Código CBO S		01	10-JUF	MG	39384	21-Número no CRO	39384	16-Alterimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA		22-Nome do Profissional Excusante	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		21-Código n.º Operadora / CNPJ / CPF	10 7 0 9 1 5 3 0 1 1 6 1 1
		20-Código CBO S						21-Número no CRO	39384			22-Nome do Profissional Excusante	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		21-Código n.º Operadora / CNPJ / CPF	10 7 0 9 1 5 3 0 1 1 6 1 1	26-Nome do Profissional Excusante	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	
		20-Código CBO S						21-Número no CRO	39384			22-Nome do Profissional Excusante	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		21-Código n.º Operadora / CNPJ / CPF	10 7 0 9 1 5 3 0 1 1 6 1 1	26-Nome do Profissional Excusante	BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	

Plano de Tratamento / Procedimentos Suficientes														
30-Ítem da	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura		
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7						
2-0	0	8	5	4	0	0	4	6	7					
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43-Dado Previsto Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringue 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantizado 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 no contrato.

49-0b-017410
Cenae proteica preservado pelo Relógio Peimantas

53-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responável	10/05/2011
52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responável	10/05/2011
51-Dados, local e Assinatura do Curador-Dentista	08/05/2011
50-Dados, local e Assinatura do Curador-Dentista	08/05/2011