



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



465038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 11/11/14	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 465038	7-Data Validade na Senha 12/08/2014
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Diagnóstico do Beneficiário	8-Número da Carteira 000201253126240000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/14	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome NADINA DUQUE ESTRADA	09/07/1974	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES
---------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611	22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA
26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 39384
18-Número no CRO 39384	19-UF MG
23-Número no CRO 39384	24-UF MG
25-Código CNES Enviar - RX (1) 85200085-15	20-Código CBO S 025 -
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-000	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE									
2-000	85200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE									
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão 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 84,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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-Observações
cava protética sobre rodado facimontados

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Zabardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/2014
---	---	--	---