

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



2077824
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/3/10/2/4 4-Dia de Autorização 12/5/11/0/2/4 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13119103 7-Dia Validade da Sentença 12/1/10/1/2/5

8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/4/7/2/0/8/0/0/0/9/7/3/0/2/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TUPY MINAS GERAIS LTDA 11-Dia Validade da Carteira 12/1/10/1/2/5 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JESSICA CUNHA SILVA 14-Telefone 02/06/1986 15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KELEN REOLON DE SOUZA 18-Número no CRO 39837 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113961921000162 22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA BENESE EIRELI 23-Número no CRO 39837 24-UF MG 25-Código CNES 2939517 26-Nome do Profissional Executante KELEN REOLON DE SOUZA 27-Número no CRO 39837 28-UF MG 29-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOV	1	12200	0,00	0,00	125	11/0/2/4		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 12/5/11/0/2/4 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 112200 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/3/10/2/4 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/5/11/0/2/4 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/11/0/2/4 53-Dia, local e Cartão da Empresa 12/5/11/0/2/4 54-Dia, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato, 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 essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[Assinaturas e rubricas manuscritas]

