

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



572704
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8660647	7-Data Validade da Senha 31/10/2012
8-Número da Carteira 00202510550600321703					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome NICOLE PANTOJA FARIAS			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 18/12/2005					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287	
19-UF SP		20-Código CBO S 11		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	
22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287		24-UF SP	
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	
28-UF SP		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			07/06/12		Marcos
2-												
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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2012
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502



514958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/14/21	4-Data de Autorização 07/10/14/21	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8449125	7-Data Validade da Serção 04/10/17/21
--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202510550600321702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GABRIELA PANTOJA FARIAS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MECINDA REGINA PANTOJA FARIAS
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO B 11	025 - Faturar Empresa
------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX () 85100200 () 85100200
--	---	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ELISETTE MARIA ANTONIASSI	27-Número no CRO 45287	28-UF SP	29-Código CBO S	() 85100200 () 85100200
---	---------------------------	-------------	-----------------	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figilho	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00			S 07/10/14/21		Mecinda
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00			S 18/10/14/21		Mecinda
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00			S 26/10/14/21		Mecinda
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00			S 12/10/14/21		Mecinda
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 352,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/14/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/14/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/14/21 Mecinda Pantoja	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/10/14/21 CEMAO CRO/SP 5502
--	--	--	---