



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



902888
INTERCÂMBIO

Registado na ANVISA

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03112121	4-Data de Autorização 11/01/03112121	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9666635	7-Data Validade da Senha 10/08/1016112121
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215110510600741121021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11111111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GIRLEIA ANTUNES DIOGO	29/03/1984	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GIRLEIA ANTUNES DIOGO
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141619743385511	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CINES Enviar - RX (1F) 85400149-27 (1F) 85400220-27
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	27-Número no CRO 138944	28-UF SP	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 Classe	42- Assinatura
1-0	0	8 5 4 1 0 0 1 4 9			27		1	4 7 2 1 0 0		0 1 0 0		
2-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			27		1	1 5 1 4 1 0 0		0 1 0 0		
3-0	0	8 5 4 0 0 2 2 0			27		1	2 9 1 9 1 0 0		0 1 0 0		
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/10/02112121	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 9 1 2 5 1 0 0	47-Valor Total R\$ 10 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) 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
Favor enviar raiu x final do núcleo e da coroa metálica e foto da coroa provisória na produção. Gabriela S. Cruz Goes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/05112121 Cirurgiã Dentista CROSP 138944	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/05112121 Cirurgiã Dentista CROSP 138944	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/05112121 GIRLEIA ANTUNES DIOGO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/05112121
--	--	--	---