



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10241535	7-Data Validade da Seria 10/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

1099588
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202510550601796802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELI LOPES DOS SANTOS	24/10/1966	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano NILTON RIBEIRO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141984113000144	22-Nome do Contratado Executante NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA
25-Nome do Profissional Executante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE	18-Número no CRO 134922
	19-UF SP
	20-Código CBO S 025 -
	23-Número no CRO 138944
	24-UF SP
	25-Código CNES 2879549
	26-Número no CRO 134922
	28-UF SP
	29-Código CBO S
Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				12/08/2012		
2-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				12/08/2012		
3-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				12/08/2012		
4-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				12/08/2012		
5-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00				12/08/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/08/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Cirurgia Dentista 12/08/2012	51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CBO SP 138944	52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/08/2012	53-Dado Local e Contato da Empresa Rua Caputo, 57 Tel: 3473-6655
---	---	--	--

Nolasco Odontologia