



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



496733
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 9 / 0 6 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8377909

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 5 / 0 3 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
1 1 / 0 3 / 2 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

14-Telefone
(11) 3 3 5 3 0 0 6 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 9 0 4 5 0 2

13-Nome
SILVANA MORA GOMES

15-Nome do titular do plano
RICARDO LUIS GOMES

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S
10

19-UF
SP

18-Número no CRO
84090

23-Número no CRO
84090

28-UF
SP

29-Código CBO S

22-Nome do Contratado Execulante
TACYANE PETROLI ALBERICI

17-Nome do Profissional Solicitante
VITAE ODONTO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17 0 2 2 6 9 8 9 1 0 0

26-Nome do Profissional Execulante
TACYANE PETROLI ALBERICI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Dente/Rajão 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor
1-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0,00	S 12/06/03
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0,00	S 12/06/03
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0,00	S 12/06/03
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0,00	S 12/06/03
5-1							
6-1							
7-1							
8-1							
9-1							
10-1							
11-1							
12-1							
13-1							
14-1							
15-1							

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

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), terão sido 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	12/06/03 21	12/06/03 21	12/06/03 21	