



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

419190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2011	4-Data de Autorização 16/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054146	7-Data Validade da Senha 13/02/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601489601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR					
18-Número no CRO 30136		19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 04450751809		22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0082000921	31-Código do Procedimento GENGIVECTOMIA	32-Descrição S6	33-Dente/Região 114100	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US 1000	37-Valor 1000	38-Franquia/Co-participação R\$ 025	39-Aut 0	40-Data de Realização 16/11/2011	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
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 14400					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000					
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) 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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2011	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					