



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

372249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 09/12/10	4-Data de Autorização 11/11/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7856669	7-Data Validade da Senha 10/08/11 12/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00020202510550601529602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do titular do plano CLOTILDE SANTANA RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Mendicento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	23-Número no CRO 111393	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00185400386		PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	AI		1	169800
2-		1066				
3-		67				
4-		68				
5-		69				
6-		EMVIAR RX E				
7-		FOROS DA				
8-						
9-						
10		PRÓTESE Juntada				
11		1304				
12		05				
13		06				
14		07				
15		08				
45-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/11						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						
Declaro, que após ler 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, de acordo com o valor previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11						
53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/11						

CRC 111 393

CPF 048.536.778-52

CRC 111 393

CPF 048.536.778-52