



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



886084
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/2/02/2/2

4-Data de Autorização
12/2/02/2/2

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9612625

7-Data Validade da Guia
12/3/05/2/2

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202510635200001802

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
GRECA TRANSPORTES DE CARGAS

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALDINEIA JESUS COSTA ALVARES

14-Telefone
() 00000000

15-Nome do titular do plano
GILMAR ALVARES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12471936884

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO
72296

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Franquia Co-participação R\$

31-Franquia Co-participação R\$

32-Franquia Co-participação R\$

33-Franquia Co-participação R\$

34-Franquia Co-participação R\$

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	88,00	0,00	0,00	1	16/03/02	S	
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OMD	1	122,00	0,00	0,00	1	16/03/02	S	
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	M	1	61,00	0,00	0,00	1	16/03/02	S	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

FOTO INIC / FINAL
OU
RX INIC / FINAL

43-Guia Previsão Termino do Tratamento
16/03/02

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

47-Valor Total R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagadora 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
16/03/02 Dra. Iramara Felix Pires
CRO-SP 72296

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado
16/03/02 Dra. Iramara Felix Pires
CRO-SP 72296

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/02

53-Data, local e Carimbo da Empresa