



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

293002
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/10 21/12/10	4-Data de Autorização 10/12/10 31/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7435717	7-Data Validade da Senha 12/17/10 51/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601564602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JOAO FERNANDO MAXIMO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA APARECIDA CARO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	21-UF SP	22-Código CNES 025 -
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	24-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	25-Número no CRO 58579	26-UF SP	27-Código CNES 025 -
28-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		29-Número no CRO 58579	30-UF SP	31-Código CNES 025 -

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OV	1	88,00	0,00		S	12/03/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00		S	12/03/20		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00		S	03/03/20		
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODV	1	122,00	0,00		S	03/03/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 386,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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/foram 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 03/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /