



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

467979
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2012	4-Data de Autorização 10/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8260009	7-Data Validade da Senha 10/03/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002020510550600313002	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 ANA JULIA GALONI		14-Telefone (11) 3387-1424	15-Nome do Titular do plano NILSON APARECIDO GALONI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	18-Número no CRO 59102	19-UF SP	20-Código CBO 3 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	23-Número no CRO 59102	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		27-Número no CRO 59102	28-UF SP	29-Código CBO 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-00184000198	31-Código do Procedimento PROFILAXIA: POLIMENTO	32-Descrição HASE	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 3
2-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3
3-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3
4-00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/2012					
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 14000					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação					
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 do 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 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 10/02/2012, Roberto C. P. Polidoro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/2012, Nilson Aparecido Galoni	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					