



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



466519
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/02/12/11	4-Data de Autorização 10/08/02/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8253894	7-Data Validade da Santa 10/2/05/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002025105506017377011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ARIANA DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ARIANA DE SOUZA
----------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante DJAMARA RIOS SANTOS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Excedente DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S 025
--	--	---------------------------	-------------	------------------------

26-Nome do Profissional Excedente DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Franchisa / Coparticipação R\$ Faturar Empresa
--	---------------------------	-------------	-----------------	--

30-1-Atela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clé	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/02/01		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/02/01		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/02/01		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	08/02/01		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Coparticipação 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 Solidante 08/02/01 J. J. J. J.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/01 J. J. J. J.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/01 J. J. J. J.	53-Data, local e Cartão de Emergência 10/02/02 DJAMARA RIOS SANTO
---	---	---	--

CROSP - RJ/CEC