



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



540019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8544783	7-Data Validade da Seria 01/11/2012							
8-Número da Carteira 0020202510550601379101						9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CLARA EMILIA TEIXEIRA DOS SANTOS						14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano CLARA EMILIA TEIXEIRA DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR		18-Número no CRO 30136		19-UF SP	20-Código CBO S 10	625 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 044507751809						22-Nome do Contratado Esquerda NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		23-Número no CRO 30136		24-UF SP	25-Código CHES	Enviar - RX (IF) 85200166-35 (IF) 85200166-45
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO						27-Número no CRO 30136		28-UF SP	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/10/2012		x Clara
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/10/2012		x Clara
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/10/2012		x Clara
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/10/2012		x Clara
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/10/2012		x Clara
6	001852000166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	25,80	0,00					
7	001852000166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	25,80	0,00					
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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 694,00		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(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 este 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 Contratado - Dentista 04/10/2012 N. Clara			51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 04/10/2012 N. Clara			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2012 Clara Bautista			53-Data, local e Carimbo da Empresa			