



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-10



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2011	4-Data de Autorização 21/01/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7965460	7-Data Validade de Sentença 14/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

397570
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Aluno da Clínica 0002025105506018500011	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
SUZANA MARCIA MARINHO DE ABREU GALVAO

25/02/1961

15-Nome do titular do plano
SUZANA MARCIA MARINHO DE ABREU GALVAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
--------------------------	---

18-Número no CRO 114176	19-UF SP
----------------------------	-------------

20-Código CBO S	21-Código CNES
-----------------	----------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(17) 85200158-16

21-Código na Operadora / CNU / CPF 31193912388541	22-Nome do Colaborado Excludente JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
--	--

23-Número no CRO 114176	24-UF SP
----------------------------	-------------

25-Código CBO S	26-Código CBO S
-----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Excludente
JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 114176	28-UF SP
----------------------------	-------------

29-Código CBO S	30-Código CBO S
-----------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Evento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Suzana
2	00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	53,30	0,00	0,00	0,00	0,00	Suzana
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$							
11/11/11	1 - Tratamento Odontológico	1 - Total 2-Parcial	594,00	0,00	0,00							

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), 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.

48-Deverá ser assinado

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 011 2101	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 011 2101	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 011 2101 x Suzana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---

Dr. Paulo Avila de Oliveira
CRO 114176

Dr. Paulo Avila de Oliveira
CRO 114176