



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



451182
INTERCÂMBIO

1-ANS 414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8184794	7-Data Validade da Senha 11/04/2011	2-Nº
8-Beneficiário 0202510550601814503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Contratado Responsável pelo Tratamento LUCIELHA LOPES DE LIMA GUIMARAES	14-Teléfono (11) 36317273	15-Nome do titular do plano LUCIELHA REZENDE LOPES DE LIMA GUIMARAES				
16-Contratado Responsável pelo Tratamento SIMONE STREICHER VALLIM	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE STREICHER VALLIM	18-Número no CRO 46517	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (0) 83000151-54	
21-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	22-Nome do Contratado Executante SIMONE STREICHER VALLIM	23-Número no CRO 46517	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	27-Nome do Contratado Executante ONE STREICHER VALLIM	28-UF SP	29-Código CBO S			
30-Descrição 1083000151 TRATAMENTO ENDODONTICO	31-Código do Procedimento	32-Quantidade US 54	33-Valor	34-Francia/Co-participação R\$	35-Aut	40-Data da Realização 15/02/2011
36-Francia/Co-participação R\$						
37-Valor						
38-Francia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data da Realização						
41-Motivo da Glosa						
42-Assinatura						
43-Valor Total R\$						
44-Total Franquia / Co-participação R\$						
45-Tipo de Faturamento						
46-Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						

o, 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 to. 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 ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 15/02/2011
Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente: 15/02/2011
Assinatura da Operadora: 15/02/2011
Assinatura do Beneficiário/Responsável: 15/02/2011
Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 15/02/2011