



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

467959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data da Emissão de Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259904	7-Data Validade da Serção 03/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600455702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELIS CRISTINA ROSADA THOMAZIN		14-Telefone 07/06/1972	15-Nome da Blizar do plano CHAFI DONIZETE THOMAZIN		
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 S 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 S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-A
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			08/10/2012		
2	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			08/10/2012		
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/10/2012		
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/10/2012		
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/10/2012		
6	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/10/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/2012	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 239,00	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(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 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 02/10/2012 Roberto C. N. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--