



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

399642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10/12/01	4-Data de Autorização 12/3/10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7973447	7-Data Validade da Senha 18/01/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202510550601438902	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 LEONARDO APARECIDO NASCIMENTO					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano LEILA APARECIDA NASCIMENTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	18-Número no CRO 118811	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43882232803	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	23-Número no CRO 118811	24-UF SP	25-Código CNES Envlar - RX (IF) 85200166-35	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	27-Número no CRO 118811	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-010852001166	TRATAMENTO ENDODONTICO	35	1	25800	010
2-01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OMD	12200	010
3-111111111111					
4-111111111111					
5-111111111111					
6-111111111111					
7-111111111111					
8-111111111111					
9-111111111111					
10-111111111111					
11-111111111111					
12-111111111111					
13-111111111111					
14-111111111111					
15-111111111111					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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 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 Solicitante 23/11/10/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/10/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/10/12/01	53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/10/12/01
---	---	---	---