



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

423768
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/2012	4-Data de Autorização 01/12/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8073919	7-Data Validade da Guia 18/02/2013							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202025105050600820502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome EDILAINE RODRIGUES DE CARVALHO CAETANO		14-Telefone (11) 60631188	15-Nome do titular do plano ARTHUR DA SILVA CAETANO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
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 9 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX							
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO 9								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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-Valor
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD		8800	0,00			01/12/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V		6100	0,00			01/12/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
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 14900		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), foi/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.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/12/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa			