



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AF

404314
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/5/11 01/12/10	4-Data de Autorização 21/6/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7993398	7-Data Validade da Senha 21/3/11 01/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020251105506011489602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDNA MARIA DA SILVA PEREIRA		14-Telefone 13/10/1970	15-Nome do titular do plano FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		
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 S 10
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
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	01018201010921	GENGIVECTOMIA	S6			14400	01010			21/6/11 01/12/10		
2												
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 14400	47-Valor Total R\$ 01010	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 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/6/11 10/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/6/11 10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/6/11 10/12/10 x Edna	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--