

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

431781
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 00/11/12 12 10	5- Seta AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8106774	7- Data Validade da Seta 01/11/13 11 11
---------------------------	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8- Nome da Carteira 0002025105506011598701	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11 11 11	12- Número de Cartão Nacional da Saúde
---	---------------------------------	---	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13- Nome ROSILENE CRISTINA PEREIRA	14- Telefone (11) 584111998	15- Nome do titular do plano ROSILENE CRISTINA PEREIRA
---------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Alinhamento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18- Número no CRO 121025	19- UF SP	20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	-----------------------------	--------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1333891139826	22- Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23- Número no CRO 121025	24- UF SP	25- Código CNES
---	--	-----------------------------	--------------	-----------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26- Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27- Número no CRO 121025	28- Código CBO S
--	-----------------------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
1- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12	
2- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAMD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12	
3- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12	
4- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/12	12	
5- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15- 00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

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 1144,00	47- Valor Total R\$ 10,00	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), 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 Solicitante
15/11/12 12 10

51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/11/12 12 10

52- Data, local e Assinatura do Operador / Responsável
15/11/12 12 10

53- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

54- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

55- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

56- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

57- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

58- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

59- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

60- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

61- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

62- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

63- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

64- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

65- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

66- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

67- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

68- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

69- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

70- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

71- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

72- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

73- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

74- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

75- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

76- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

77- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

78- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

79- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

80- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

81- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

82- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

83- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

84- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

85- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

86- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

87- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

88- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

89- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

90- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

91- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

92- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

93- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

94- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

95- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

96- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

97- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

98- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

99- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10

100- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/11/12 12 10