

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/08 4-Data de Autorização 11/01/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10231939 7-Data Validade da Sentença 01/08/11 8-Data Validade da Guia 11/01/22

1096138
 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

9-Ratunero da Carteira 01020202510550600178103 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SANDRA APARECIDA MASSOCCHINI RAMOS

25/01/1961

14-Telefone

15-Nome do titular do plano FLAVIO RAMOS TANAMATI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

18-Número no CRO 134922

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

141984113000144

22-Nome do Contratado Executante NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

23-Número no CRO 138944

24-UF SP

25-Código CNES 2879549

26-Nome do Profissional Executante

BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

27-Número no CRO 134922

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 de Causa	42-Assinatura
1-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6,10,0	0,10,0					
2-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6,10,0	0,10,0					
3-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6,10,0	0,10,0					
4-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6,10,0	0,10,0					
5-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0	01853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Provisória 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 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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, compreendendo o(a) e/ou arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 53-Dado local e Assinatura do Responsável 54-Dado local e Assinatura do Responsável

1096138
 INTERCAMBIO