



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

389243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/11/2010	3-Data de Autorização 10/11/2010	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7931006	6-Data Validade da Senha 10/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202510550601489601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		14-Telefone (11) 1111-1111		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
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					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ciente/Ragão	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00181300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-00181300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00181300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5-00181300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-00181000421		RX PERIAPICAL	RPID		1
7-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1
8-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
9-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1
10-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
11-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
12-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
13-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
14-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
15-00181000196		RESTAURAÇÃO RESINA			
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2010					
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 375500					
47-Valor Total R\$ 000000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000					
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 10/11/2010 M. P. P.		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2010 M. P. P.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2010 F. C. P.	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					