



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



663346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/10 18/12/11	4-Data de Autorização 11/17/10 18/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8946716	7-Data Validade da Senha 11/15/11 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/012511051506019634011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GENNY DE FATIMA SILVA COELHO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano GENNY DE FATIMA SILVA COELHO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado, Residência pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORÂMICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1119783721809	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	27-Número no CRD 73084
18-Número no CRD 73084	19-UF SP
23-Número no CRD 73084	24-UF SP
25-Código CNES (1) 81000405	25-Código CBO S
28-UF SP	29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Jar	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00			20/08/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/08/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Francia	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 a 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 20/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/2011
---	---	---	---

R. RUA GENEZOSA BEZOS Nº 3214
Redentora - CEP: 15015-790
SAO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.