

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



403457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/10/12/10	4-Data de Autorização 13/10/11/10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989936	7-Data Validade da Senha 12/11/10/11/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10/2/5/1/0/5/0/6/0/1/1/4/8/2/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome

SUELI DIAS DE MORAES OLIVEIRA	28/11/1972	14-Telefone (11) 51 312 9412 2917	15-Nome do titular do plano SUELI DIAS DE MORAES OLIVEIRA
-------------------------------	------------	--------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	18-Número no CRO 96982	19-UF SP	20-Código CBO S *
--------------------------	---	---------------------------	-------------	----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1351304710081211	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	23-Número no CRO 96982	24-UF SP	25-Código CNES (IF) 85200158-46
------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------------------

26-Nome do Profissional Executante

RODRIGO SUNAO AMBROSIO	27-Número no CRO 96982	28-UF SP	29-Código CBO S
------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	341010	0,010		S	30/11/12		
2-0	0185200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	1	5331010	0,010		S	30/11/12		
3-1	1111111111											
4-1	1111111111											
5-1	1111111111											
6-1	1111111111											
7-1	1111111111											
8-1	1111111111											
9-1	1111111111											
10-1	1111111111											
11-1	1111111111											
12-1	1111111111											
13-1	1111111111											
14-1	1111111111											
15-1	1111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/11/10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1567,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

- Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/10/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---