



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

453396
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/01/1/2/1	4-Data de Autorização 11/4/01/1/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8194178	7-Data Validade da Senha 11/3/01/4/2/1																																																		
Dados do Beneficiário																																																							
8-Número da Carteira 010202510550601254502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																			
13-Nome MARIA JOSE DE SOUZA GUERRA		14-Telefone 20/12/1951 () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIOGENES GUERRA																																																				
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	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218																																																		
26-Nome do Profissional Contratado 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-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																											
1	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPD	1	12200	0,00			14/01/2001																																													
2	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6100	0,00			14/01/2001																																													
3																																																							
4																																																							
5																																																							
6																																																							
7																																																							
8																																																							
9																																																							
10																																																							
11																																																							
12																																																							
13																																																							
14																																																							
15																																																							
43-Data Previsão 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 18300		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), foram realizados(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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2001 M. Barros														51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/2001 M. Barros														52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2001 J. S. S.														53-Dia, local e Carimbo da Empresa / /													