



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



378811

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/09/2012	4-Data de Autorização 25/09/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886890	7-Data Validade da Serção 19/12/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025105506014770011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ERIK MARCELO DOS SANTOS		14-Telefone 07/11/1981	15-Nome do titular do plano ERIK MARCELO DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alteramento 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	025 - Faturar Empresa							
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								
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-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/09/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/09/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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 178,00		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 do 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(ram) 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 25/09/2012 x [Assinatura]			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/2012 x [Assinatura]			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2012 x [Assinatura]			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			