



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

416332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8041798	7-Data Validade da Sineta 09/10/12 11/12/11	2-º
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0002020251055060003260002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SAMARAH REGINA MONGE VENTURA					
14-Telefone (11) 24947545					
15-Nome do titular do plano ROSINETE DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2471933684	22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES	27-Número no CRO 72296	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11	12/11/11
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10-1														
11-1														
12-1														
13-1														
14-1														
15-1														

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/11 11/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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 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 12/11/11 11/12/11					
51-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 11/12/11					
52-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 11/12/11					
53-Data Local e Assinatura da Empresa 12/11/11 11/12/11					

Dra. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista
CRO SP-72296

Dra. Iramara Felix Pires
Cirurgiã Dentista
CRO SP-72296