



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P

426959
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11/12/10	4-Data de Autorização 10/17/11/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086444	7-Data Validade da Senha 12/12/10/12/11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 10102025110550601489602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome EDNA MARIA DA SILVA PEREIRA		14-Telefone 13/10/1970 () - - - - -	15-Nome do Titular do plano FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA									
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	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 1044507511809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES 10	Enviar - RX (I) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S 10								
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 Omissão	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OMV	1	122000	0,00	0,00	S	07/11/2010		Edna
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		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 122000		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), 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.												
69-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista - Solicitante 07/11/2010			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/17/11/2010			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/17/11/2010			53-Data, local e Carimbo da Empresa			