



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



379849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/09		4-Data de Autorização 12/12/09		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7889101		7-Data Validade da Senha 12/01/12	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 100120215101550160014131002		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano MARY PEREIRA MONTEIRO			
13-Nome THAISA PEREIRA MONTEIRO		29/12/1996		14-Telefone (11) 11111111							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Marcimonto a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA		18-Número no CRO 62952		19-UF SP		20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12774558081514		22-Nome do Contratado Exequente DEBORA DA SILVA HENRIQUES		23-Número no CRO 62952		24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Exequente DEBORA DA SILVA HENRIQUES		27-Número no CRO 62952		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-1-Tabula		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-001851100200		100200		RESTAURAÇÃO RESINA		46		OM		1	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Exame Radiológico		46-Exame Radiológico		47-Exame Radiológico		48-Exame Radiológico	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		5-Exame Radiológico	
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											

50-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 12/11/09		51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/11/09		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/09		53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/09	
--	--	--	--	---	--	--	--