



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



539394

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/05	4-Data de Autorização 03/05/02	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8542667	7-Data Validade da Senha 31/07/02							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202504908500791301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome IGOR ALENCAR ELIAS		14-Telefone 25/06/2001	15-Nome do titular do plano IGOR ALENCAR ELIAS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Abandono 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 Estruturante 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
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00			03/05/02		X
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			03/05/02		X
3-												
4-												
5-												
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 122,00	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 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 Cirurgião-Dentista 03/05/02			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/02			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/02			53-Data, local e Carimbo da Empresa			