



transfere para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339182
INTERCÂMBIO

ANS

3-Data de Emissão da Guia
11/04/2012

4-Data de Autorização
11/06/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7704943

7-Data Validade da Senha
11/12/2012

Beneficiário

2012050736701005237011

8-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

O DACAL ARSENIO BITTENCOURT

25/03/1984

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
DIEGO DACAL ARSENIO BITTENCOURT

Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR

22-Nome do Contratado Executante
NORA CLAROS BAUTISTA PATINO

18-Número no CRO
30136

19-UF
SP

20-Código CBO S
10

025 -

Faturar Empresa

10 na Operadora / CNPJ / CPF

23-Número no CRO
30136

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

do Profissional Executante
A CLAROS BAUTISTA PATINO

27-Número no CRO
30136

28-UF
SP

29-Código CBO S

Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

01085400084

COROA PROVISÓRIA SEM PINO

21

1

1

15400

0000

0000

5161071201

11/07/2012

XSSA

COROA TOTAL METALO-

21

1

1

134300

0000

0000

5161071201

11/07/2012

XSSA

43-Previsão Termino 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

1149700

47-Valor Total R\$

0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/07/2012

11/07/2012

11/07/2012

11/07/2012