



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2011	4-Data de Autorização 05/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022155	7-Data Validade da Senha 02/12/2011	411449 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202510550601292103		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 GERALDA MANOEL BORGES		14-Telefone 211/04/1943		15-Nome do titular do plano MARIA EDNA BORGES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		18-Número no CRO 109914		19-UF SP
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa						
21-Código na Ocorrência / CNPJ / CPF 407117436896		22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		23-Número no CRO 109914		24-UF SP
25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914		28-UF SP		29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0018100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-						0,00
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$				
39-Aut		40-Data de Realização				
41-Motivo da Cessão		42-Assinatura				
43-Data e Assinatura do Contratado		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 34,00
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$				
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2011 Geralda		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2011 Geralda		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2011 Geralda		53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODCNTOLÓGICO

2-4*

411452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/12	4-Data de Autorização 05/11/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022160	7-Data Validade da Senha 02/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601292103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GERALDA MANOEL BORGES		14-Telefone 21/04/1943	15-Nome do titular do plano MARIA EDNA BORGES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	18-Número no CRO 109914	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 407117436896	22-Nome do Contratado Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA	23-Número no CRO 109914	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85103200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DAIANE LUZ AURELIANO DA SILVA		27-Número no CRO 109914	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 11-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001851C0200	RESTAURAÇÃO RESINA	42	CV	1	818,00
2-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60
3-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60
4-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60
5-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60
6-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-001853C00047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Ckcs 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento 15/12/12					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortofonía 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1232,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alta motivação de tratamento, conforme acima apresentado, 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 o 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 15/12/12, GERALDA					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/12, GERALDA					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/12/12, GERALDA					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					