

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1079580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 7/12/2 4-Data de Autorização 12/09/10 7/12/2 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10184141 7-Data Validade da Semeta 12/06/11 0/12/2

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1000210251105506101395601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENAN DANIEL MONTEIRO DE OLIVEIRA 23/07/1984 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano RENAN DANIEL MONTEIRO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE 18-Número no CRO 134922 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 44984113000144 22-Nome do Contratado Executante NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES 2879549 26-Nome do Profissional Executante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE 27-Número no CRO 134922 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
1-0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/08/10		Renan D.
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 Progresso Término do Tratamento 05/03/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estabelecimento 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 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 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 Solicitante 05/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2010