

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o

299608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/11/2010 4-Dia de Autorização 12/11/2010 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7472671 7-Data Validade da Guia 10/09/2016 12/12/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102151015101610161312171014 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2010 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HELOISA DA SILVA SANTOS 14-Idade 29/12/2016 15-Nome do titular do plano RENATO DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adm.mento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CELIA MARIA DRAQUE VASCONCELOS 18-Número no CRO 30437 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNU/CPF 1014610914110893 22-Nome do Contratado Executante CELIA MARIA DRAQUE VASCONCELOS 23-Número no CRO 30437 24-UF SP 25-Código CNES 1018100218 26-Nome do Profissional Executante CELIA MARIA DRAQUE VASCONCELOS 27-Número no CRO 30437 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guosa	42-Assinatura
1-10	018100001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13141010	101010			11/12/2010		
2-10	018400001910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17121010	101010			11/12/2010		
3-10	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	16111010	101010			11/12/2010		
4-10	018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	51	MVP	1	112121010	101010			11/12/2010		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 14-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 1218191010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Declaramos, 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. Declaramos, 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.

48-Observação

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.