

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

426478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084531	7-Data Validade da Senha 12/12/10 12/12/11	426478 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020251051060071480011	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	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome WELLINGTON ALVES DE LIMA	14-Teléfono (1111) 4591126022	15-Nome do titular do plano WELLINGTON ALVES DE LIMA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117551628897	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	26-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CEO S	30-UF SP	31-Código CEO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1
2-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	1
3-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	1
4-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	1
5-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	1
6-0001851100200					
7-0001851100200					
8-0001851100200					
9-0001851100200					
10-0001851100200					
11-0001851100200					
12-0001851100200					
13-0001851100200					
14-0001851100200					
15-0001851100200					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Class 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
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 Carimbo da Empresa					

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 obrigações decorrentes do mesmo, 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 e ordem o valor devido, conforme esta documentação, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Av. São João, 473 - Ponte São João

Jundiaí - SP - Tel: 4520-0000

CRO 94101