

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

390891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 01/02/01	4-Data de Autorização 10/08/11 01/02/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938556	7-Data Validade da Senha 10/04/11 01/12/11
8-Número da Carteira 10010210251015506008470002			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
13-Nome LAZARO AYRES DE OLIVEIRA FILHO			13/07/1953	14-Teléfono (1151) 121104108813	15-Nome do titular do plano MARILIDIA XAVIER AYRES DE OLIVEIRA
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1081152919166011			22-Nome do Contratado Excitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		
26-Nome do Profissional Excitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA			27-Número no CRO 112913		
28-UF SP			29-Código CBO S		
20-Código CBO S			24-UF SP		
25-Código CNES			28-UF SP		
18-Número no CRO 112913			37-Valor		
33-Dente/Região 44 V 1			35-Qtd 1		
34-Face V			36-Quantidade US 61000		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut S		
40-Data da Realização			41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 10/10/2011		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Nome do Profissional Solicitante		17-Nome do Contratado Executante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa													
N		SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		112913		SP																	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Executante				23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES											
108115129191660111				SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA				112913		SP													
26-Nome do Profissional Excusante				27-Número no CRO																			
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA				112913																			
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		0815100196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		V		1		61000		0,10		0,10		S		10/10/2011		10/10/2011	
2-0		0815100196		RESTAURAÇÃO RESINA		43		V		1		61000		0,10		0,10		S		10/10/2011		10/10/2011	
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1	45-Tipo de Faturamento 1-1	46-Total Quantidade US 12100	47-Valor Total R\$ 12,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10
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 10/10/2011, Suellem M. de Oliveira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2011, Suellem M. de Oliveira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2011, Suellem M. de Oliveira 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/2011, Suellem M. de Oliveira					