



Integrantes para este ano

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



430916
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/2101	4. Data de Autenticação 10/12/11 12/12101	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8103187	7. Data Validade da Série 12/18/10 12/1211
8. Número da Carteira 1010121012151101510161010151718161011	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 PATRICIA GOLARTE FRATELI	14. Telefone ()	15. Nome do titular do plano PATRICIA GOLARTE FRATELI			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16. Atendimento a SN N	17. Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	18. Número no CNO 137478	19. UF SP	20. Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21. Código na Operadora (CNPJ) CNF 31916181416118151011	22. Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ	23. Número no CNO 137478	24. UF SP	25. Código CNES	
26. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ	27. Número no CNO 137478	28. UF SP	29. Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Qtd
1	01018110101010161511	CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43. Data Prevista Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Faturamento	46. Total Franchia Co-participação R\$	47. Valor Total R\$	48. Total Franchia Co-participação R\$
	1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência	1. Total 2. Parcial			
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 v. referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49. Observação					
50. Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 10/11/11 11/12101 LARA SILVA MILANEZ					
51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 11/12101 Cirurgia Dentária CRO/SP 137478					
52. Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/11 11/12101 Patrícia Golarte Fratele					
53. Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					