



Tratador para visto semi

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



361372
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 12:00	4-Data de Autorização 12/6/10 8:12:00	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808182	7-Data Validada da Guia 11/9/11 11:12:00
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10020215105506008397011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE	23/1/2043	14-Telefone (11) 358914693	15-Nome do titular do Plano ACEMIRA VENANCIO ANDRADE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1044507551809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	18-Número no CRO 30136
	23-Número no CRO 30136
	27-Número no CRO 30136
	19-UF SP
	24-UF SP
	25-Código CNES
	26-Código CBO S
	28-UF SP
	29-Código CBO S
	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Data/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00	85400343	PRÓTESE FIXA EM METALO-	25	1	866,00	0,00	100000	100000	10/11/10	100000	100000
2-00	85400343	PRÓTESE FIXA EM METALO-	26	1	866,00	0,00	100000	100000	10/11/10	100000	100000
3-00	85400343	PRÓTESE FIXA EM METALO-	27	1	866,00	0,00	100000	100000	10/11/10	100000	100000
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	14,00	0,00	100000	100000	10/11/10	100000	100000
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	100000	100000	10/11/10	100000	100000
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2626,00	10,00	

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/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 honorários 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 11/11/08 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/09 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09 12:00	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------