

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



405574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 4-Data de Autenticação 13/11/12 5-Sertha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 798566 7-Data Validade de Sertha 12/5/10 8-Data Validade de Sertha 12/1/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000201251015106009009011 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 VERA LUCIA FERREIRA SILVA 14-Relação (11) 44322979 15-Nome do titular do plano VERA LUCIA FERREIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição e RN PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 17-Número no CRO 114476 18-UF SP 19-Código CBO S 025 - 20-Código CNES 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1204428866 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 23-Número no CRO 114476 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN 27-Número no CRO 114476 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria/Regio	34-Face	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00	13,11	11/11/10	13/11/12	X	11/11/12
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00	13,11	11/11/10	13/11/12	X	11/11/12
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00	13,11	11/11/10	13/11/12	X	11/11/12
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00	13,11	11/11/10	13/11/12	X	11/11/12
5-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00	13,11	11/11/10	13/11/12	X	11/11/12
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 13/11/12 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cancelaria 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e contido. 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 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 Beneficiário 13/11/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/11/12 53-Data, local e Assinatura do Responsável 13/11/12 54-Data, local e Assinatura do Profissional 13/11/12

Dra. Patricia F. Ferrantini
Cirurgiã Dentista
CRO/SP 114476