



642271

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



34P

398762

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Sincla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969954	7-Data validade da Sincla 17/01/2013										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202510550600839701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Aluno do Curso Nacional de Saúde											
13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE															
14-Telefone (11) 3589-4693															
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		18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809															
22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO															
23-Número no CRO 30136															
24-UF SP															
25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO															
27-Número no CRO 30136															
28-UF SP															
29-Código CBO S															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Material	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Avg	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura			
1-0085400343		PRÓTESE FIXA EM METALO-	31		1	866000	0,00			12/11/2012					
2-0085400343		PRÓTESE FIXA EM METALO-	32		1	866000	0,00			12/11/2012					
3-0085400343		PRÓTESE FIXA EM METALO-	33		1	866000	0,00			12/11/2012					
4-008540084		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	31		1	154000	0,00			12/11/2012					
5-008540084		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	32		1	154000	0,00			12/11/2012					
6-008540084		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	33		1	154000	0,00			12/11/2012					
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 306000		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação 30448420201014002305 - Pagamento dos atos, condicionados ao anexo de Rx Final e Fotos com próteses instaladas, juntamente com Termo de Garantia e responsabilidade dos procedimentos realizados, assinado pelo Profissional e Paciente.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 X [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012 X [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 X [Assinatura]				53-Caixa, local e Endereço da Empresa / /			