

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

485867
INTERCÂMBIO

0-ANS 14	3-Data de Emissão da Guia 2/15/10 12/12 11	4-Data de Autorização 11/11/11 11/11 11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 485867	7-Data Validade da Senha 2/16/10 5/12 11
Beneficiário 2-Data de Nascimento da Guia 2/02/25 11/05/01 6/01/17 4/5/14 0/11			3-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11 11
MIRA TEIXEIRA GONZALES			16/03/1955	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano PALMIRA TEIXEIRA GONZALES
Contratado Responsável pelo Tratamento					
Imatuto a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		19-UF SP	20-Código CSO S 025 -	
3-Operadora / CNPJ / CPF 3161411015981414		22-Nome do Contratado Executante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	23-Número no CRO 26092	24-UF SP	25-Código CNES
do Profissional Executante ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR		27-Número no CRO 26092	28-UF SP	29-Código CSO S	
Tratamento / Procedimento Solicitado					
31-Código do Procedimento 01811001004191	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 16	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00
01815201003141		TRATAMENTO EM		37-Valor 34,00	40-Data de Realização 03/02/11
41-Motivo da Citação / Motivo da					
42-Valor Total R\$ 42,00					
43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico					
44-Tipo de Tratamento 1-Tratamento Odontológico					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
47-Valor Total R\$ 42,00					
48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00					

que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em
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
debo

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 3/15/11 11/11 11	Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 3/15/11 11/11 11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11 11
--	--	--