

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



331496
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010	4-Data de Autorização 12/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7670631	7-Data Validade da Senha 12/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA EDUARDA SILVA DE ARAUJO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA VERONICA DA SILVA
--	--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO 98515	19-UF SP	20-Código CEO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136085806892	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO	27-Número no CRO 98515	28-UF SP	29-Código CEO S	30-Tabela
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-----------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-00181100000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/11/2010	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/2010	44-Tipo de Atendimento 1-1. Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1. Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Emprego 12/11/2010	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/11/2010
---	---	--	---

CROSP 98.515