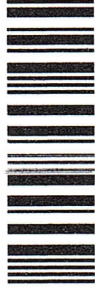




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

316692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2015	4-Data de Autorização 12/06/2015	5-3ª linha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7590131	7-Data Validade da Senha 12/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002020251055061005707011	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 LUIZ ANTONIO MARIN	13-Data 20/08/1966	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LUIZ ANTONIO MARIN	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 134314	19-UF SP	20-UF SP	21-Código no CRO 134314	22-UF SP	23-Código CNES 134314	24-UF SP	25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 95100200
26-Código na Operadora / GNPU / CPF 4132030108823	27-Nome do Contratado. Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	28-Número no CRO 134314	29-UF SP	30-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Ré. João	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de	42- Assinatura				
1- 0 0 0 8 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
2- 0 0 0 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
3- 0 0 0 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
4- 0 0 0 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAPD		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
5- 0 0 0 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAPJ		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	27 OM		1	8 8	0 0	0 0 0 0	S	26/05/20		X				
7- - - - -																
8- - - - -																
9- - - - -																
10- - - - -																
11- - - - -																
12- - - - -																
13- - - - -																
14- - - - -																
15- - - - -																

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1266100	47-Valor Total R\$ 1266100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1266100
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------