

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

365199
INTERCÁMBIO

7-Data Validade da Senha
12/15/11 11/12/01

6-Número da Guia Principal
7826620

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/18/10 08/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/17/10 08/12/01

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

15-Nome do titular do plano
CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS

14-Telefone

18-Número no CRO
112913

20-Código CBO S

24-UF
SP

25-Código CNES

26-UF
SP

27-Número no CRO
112913

28-UF
SP

29-Código CBO S

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura

33-Data

34-Face

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Oclusão 42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50-Data, local e Assinatura 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

Dra. Suelen Mezzette de Oliveira

50-Data, local e Assinatura 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.

51-Data, local e Assinatura 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.