



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



358986

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Entrada de Oito 11/08/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7796855	7-Data Validação de Seguro 11/08/2012
8-Número da Carteira 000202510550601365201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação de Carteira / /
13-Nome ELAINE CRISTINA BARBOSA		14-Teléfono 05/01/1970		15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA BARBOSA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		18-Número no CRO 32953		19-UF SP	20-Código CBO 9
21-Código de Operadora / CNPJ / CEP 09578562888		22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		23-Número no CRO 32953	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO		26-Número no CRO 32953		27-UF SP	28-Código CBO 9

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão 42-Assinatura
1	00085400246	ORTESE MIORRELAXANTE		1		672,00	0,00			06/10/2012	Elaine
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 672,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchise / Co-participação R\$	

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(ram) 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
Favor anexar foto final com placa instalada para pagamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2012
---	---	---	---

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião-Dentista
CROSP 32952