



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/18/11 12/12/10	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8154287	7-Data Validade da Guia 11/17/10 12/12/11	442897 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Contra 11/11/11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome ESTEVAN POLACHINI MARIN		14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano ROSEANE DE OLIVEIRA MARIN

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS	18-Número no CRO 132199	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1217814715313871111	22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS	23-Número no CRO 132199	24-UF SP	25-Código ONES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS		27-Número no CRO 132199	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-101018140010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/10/11	Extensão, Marini
2-101018140010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			10/10/11	Extensão, Marini
3-101018140010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/10/11	Extensão, Marini
4-101018140010198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/10/11	Extensão, Marini
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / 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(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 10/19/10 13/12/11 Lucimara dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/19/10 13/12/11 Estevan Polachini Marin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/19/10 13/12/11 Roseane de Oliveira Marin	53-Data, local e Carimbo da Empresa Lucimara dos Santos CRO - 132199
---------------	--	--	--	--

CPF: 278.475.330-71