



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

389257
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2010	4-Data de Autorização 07/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931007	7-Data Validade da Senha 02/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251050601489601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		14-Telefone 15/07/1966	15-Nome do titular do plano FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR		18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO 5 10
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 04450751809		22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPIE (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO 5	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RPIE	1	1
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1
4-0081000421		RX PERIAPICAL	RMID	1	1
5-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS	1	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 / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 117,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
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(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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					