



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

370993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/09	4-Data de Autorização 01/07/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7852488	7-Data Validade da Guia 01/07/12										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0102025073670005237011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 01/07/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome DIEGO DACAL ARSENIO BITTENCOURT		14-Telefone 25/03/1984	15-Nome do titular do plano DIEGO DACAL ARSENIO BITTENCOURT												
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 S 10	025 - Faturar Empresa										
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 0185100200	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200										
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO															
27-Número no CRO 30136															
28-UF SP															
29-Código CBO S 0185100200															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura				
1	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			01/07/09					
2	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00			01/07/09					
3	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			01/07/09					
4	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00			01/07/09					
5	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00			01/07/09					
6	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OL	1	88,00	0,00			01/07/09					
7	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			01/07/09					
8	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			01/07/09					
9	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			01/07/09					
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsto 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 618,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 Imagens analisadas															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/07/09						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/09						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/09		53-Data, local e Carimbo da Empresa	