



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP

366503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 30/08/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7832932	7-Data Validade da Senha 28/11/2012	366503 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																	
8-Número da Carteira 00202510550601211701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome CINTIA MARIA JARDO MARTINS		14-Telefone 20/03/1970	15-Nome do titular do plano CINTIA MARIA JARDO MARTINS														
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 Examinante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (RF) 85200166-11											
26-Nome do Profissional Examinante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30-Tabela 1-0085200166	31-Código do Procedimento	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente/Região 11	34-Face 1	35-Qtd 2	36-Quantidade US 5800	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 52111012	39-Aut S	40-Data de Realização 21/11/2012	41-Motivo da Glor 42-Justificativa Sua						
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 25800		47-Valor Total R\$ 000		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 Autorizado 21/11/2012												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012		53-Data, local e Carimbo de Empresa / /	