





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

314579
INTERCAMBIO

1-Registro ANIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 15/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572069	7-Data Validade da Guia 11/09/10 15/12/10
---------------------------	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 101021021510550600184601	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Seguro 11/11/11
13-Nome LARA CRISTIANE VERNILLI	14-Telefone (11) 45334049	15-Nome do Titular do plano LARA CRISTIANE VERNILLI	

16-Endereço Responsável pelo Tratamento ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 11715151218181971	22-Nome do Contratado do Excedente ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	Enviar - RX (F) 85200158-27 (I) 85100200 (O) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101	28-UF SP	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U9	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
1	01001852100158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27	PO	1	1533100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
2	01001851100201	RESTAURAÇÃO RESINA	26	PO	1	1818100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
3	01001851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDP	1	122100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
4	01001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	161100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
5	01001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	161100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
6	01001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	161100	0,10	0,10	1	19/10/10	Long
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	44-Exame Radiológico	45-Ordem de Urgência Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Tipo de Quantidade US 1-1-Total 2-Parcial	48-Valor Total R\$ R\$ 100,00	49-Valor Total R\$ R\$ 100,00	50-Valor Total R\$ R\$ 100,00	51-Valor Total R\$ R\$ 100,00	52-Valor Total R\$ R\$ 100,00	53-Valor Total R\$ R\$ 100,00
--	---	----------------------	---------------------------------	---	---	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Declaro, que a(s) parte(s) devidamente esclarecido(s) sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final com os catets dissociados para produção

54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/09/10 15/12/10	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/09/10 15/12/10	56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/09/10 15/12/10
--	---	---