



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



418780
INTERCÂMBIO

1-Registro AIS 406474	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/11 11/2/0	4-Dia de Autorização 23/1/11 2/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8052557	7-Dia Validade da Sentença 11/1/02 1/2/11
--------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10012012510550600910091012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Dia Validade da Carteira 11/1/11 443212979	12-Número do Cartão Nacional de Saúde VERA LUCIA FERREIRA SILVA
--	--------------------------------	--	--	--

13-Nome PEDRO OLEGARIO DA SILVA FILHO	04/07/1968	14-Telefone (11) 443212979	15-Nome do Titular do plano VERA LUCIA FERREIRA SILVA
--	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	
18-Número no CRO 114476	19-U.F. SP	20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1210141222861611	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	23-Número no CRO 114476	24-U.F. SP	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
---	---	----------------------------	---------------	---

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA FERNANDA FERRANTIN	27-Número no CRO 114476	28-U.F. SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																
30-Relação	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Motivo da Citação	42-Realização				
1	00	851100200	38	OV	1	8,8	10,00	0,00		51201141222861611						
2	00	851100200	22	MP	1	8,8	10,00	0,00		51201141222861611						
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

43-Dia Previsto 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\$
51201141222861611	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	0,00

43-Dia de Realização do Tratamento 23/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 10,0,0,0	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Valor Total R\$ 10,0,0,0
--	--	---	---	--------------------------------	---	--------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(s) realizado(s) e por mim realizado(s), conforme 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.	
--	--

50-Dia, local e Assinatura do Profissional Solicitante 23/11/11	51-Dia, local e Assinatura do Profissional Executante 23/11/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/11	53-Dia, local e Cartão da Empresa 23/11/11
--	---	--	---

Stuon

Stuon