



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



477599
INTERCÂMBIO

1. Registro A.S.S. 406414	3. Data de Emissão da Guia 11/06/2012	4. Data de Autorização 11/09/2012	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 8301068	7. Data Validade da Série 11/12/2015
------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	---

8. Número da Carteira 10102102151101515101610119115161011	9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11. Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---	---	--

13. Nome LUCIANO MARCON AZEVEDO	01/07/1973	14. Telefone () - - - - -	15. Nome do titular do plano LUCIANO MARCON AZEVEDO
------------------------------------	------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento	
16. Atendimento a RV N	17. Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ
21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 13191618161416118151011	22. Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ
25. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ	27. Número no CBO 137478
28. UF SP	29. Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fator	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Nome da Clínica	42. Valor R\$
1	01018511010210101	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	18,10101	10,10101			12/03/2012		
2	0101851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	16,110101	10,10101			12/03/2012		
3	0101851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	16,110101	10,10101			12/03/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Prevista Término do Tratamento 12/03/2012	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 Quantitativo US 12110110101	47. Valor Total R\$	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 no 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 v. referências ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

Dra. Lara Silva Milanez Cirurgia Dentista CRO/SP 137478		51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/2012, LARA SILVA MILANEZ	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/2012, LUCIANO MARCON AZEVEDO	53. Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	--	--------------------------------------