

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/3/12/2	4-Data de Autorização 13/0/1/0/3/12/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9723171	7-Data Validade da Senha 12/3/10/6/12/2
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

921555
INTERCÂMBIO

8-Aluno da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 0 9 4 7 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA	06/01/2049	14-Telefone (11) 2 5 4 8 1 9 0 8	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Carteira / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 1 6 9 7 4 3 3 8 5 5	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	27-Número no CRO 138944
28-UF SP	29-Código CBO S 138944

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Carga	42-Assinatura
1-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	27	1	7 3 1 0 0	0 0 0 0	1	26,00	0,00	12/5/10	0,00	0,00	0,00	
2-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	31	1	7 3 1 0 0	0 0 0 0	1	26,00	0,00	12/5/10	0,00	0,00	0,00	
3-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
4-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
5-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
6-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
7-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
8-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
9-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
10-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
11-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
12-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
13-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
14-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													
15-0 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5													

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 25/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1 4 6 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/10
---	---	---	---

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(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.

Gabriela S. Cruz Goes
 Cirurgiã Dentista
 CROSP 138944