

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

311174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/05/12/01	5-Benefício AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7547916	7-Data Validade da Guia 10/15/08/12/01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000120251055060016186902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Nome ANDERSON DE OLIVEIRA SANCHES		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Data 28/08/1976		14-Telefone		
15-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO		16-Nome do titular do plano ERICA TEIXEIRA GARCIA		
17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO		18-Número no CRO 43558		
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07802093899		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07802093899		22-Nome do Contratado Exercente VIVIAN CARLA DE FELICIO		
23-Nome do Profissional Exercente VIVIAN CARLA DE FELICIO		24-Código CBO S 43558		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U6	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor 42-Justificativa
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	08/12/05	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	46-Total de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
						34,00	0,00	0,00			

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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Assistente Odontológico / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

311174

CRO: 43558