



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

302770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Indicador da Guia Principal 7488767	7-Data Válida da Semeta 15/10/2012
8-Dados do Beneficiário 000202510550600520602		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 302770					
13-Nome JONAS GOMES FELIX		14-Telefone 16/02/1964		15-Nome do titular do plano MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX	
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA		18-Número no CRO 29423	
19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33959099649	
22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA		23-Número no CRO 29423		24-UF SP	
25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		26-UF SP		27-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
28-UF SP		29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		30-UF SP	
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Quantidade US
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VO	1
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OV	1
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODV	1
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
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 Quantidade US 779,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00					
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), 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Jonas	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2012		54-Dado, local e Carimbo da Empresa Jaci de Souza Cirurgião Dentista CRO - SP 29423			