

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2010	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 7563991	7-Data Validade da Senha 12/08/2010
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025105506010307011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WANDERLEY ESCRIVANI JUNIOR			14-Teléfono (16) 3116-5632	15-Nome do titular do plano WANDERLEY ESCRIVANI JUNIOR	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878		22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922		28-UF SP	29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/05/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/05/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/05/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	19,00	8,74		P	15/05/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	15/05/20		
6	0085300055	REMOCAO DE FATORES DE			1	34,00	0,00		S	15/05/20		
7	0085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	34		1	10,00	0,00		S	15/05/20		
8	0085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	35		1	10,00	0,00		S	15/05/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/05/20	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 215,00	47-Valor Total R\$ 8,74	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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 Profissional Solicitante 15/05/2010 FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL CRO/SP 59922 CPF 157.191.153-78	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 15/05/2010 FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL CRO/SP 59922 CPF 157.191.153-78	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/05/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------