



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



463540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/2011	4-Data de Autorização 21/8/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8240749	7-Data Validade da Senha 21/7/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020225105506018210011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBERIO COLARES ALENCAR		14-Telefone 08/02/1936 () -	15-Nome do titular do plano ROBERIO COLARES ALENCAR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR		18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809		22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/8/2011	
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/8/2011	
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/8/2011	
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/8/2011	
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/8/2011	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 21/8/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/8/2011	52-Data, local e Assinatura do Profissional 21/8/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------

21/01/21