

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

343351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/07 10:20	4-Data de Autorização 12/2/07 10:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723840	7-Data Validade da Sentença 12/01/10 12:00
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0020202510550601147704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MAJARA DE BARROS TROMBETA	14-Telefone (11) 283616490	15-Nome do titular do plano JOAO MARCOS TROMBETA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA REGINA VIVIANI	18-Número no CRO 61914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 118875562814	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA REGINA VIVIANI	23-Número no CRO 61914	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (F) 85200188-36 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA REGINA VIVIANI	27-Número no CRO 61914	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00815200158		TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	1	53300	0,00				
2-00815100200		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8800	0,00				
3-00811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00				
4-											
5-											
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 65,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 12/2/07 10:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/2/07 10:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/2/07 10:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------