



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

392365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/08/11 01/02/01	4-Data de Autorização 11/04/11 01/02/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944264	7-Data Validade da Sentença 01/06/11 01/02/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102020251050601438902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name LEONARDO APARECIDO NASCIMENTO	14-Telefone 03/11/1999	15-Nome do titular do plano LEILA APARECIDA NASCIMENTO	16-Número no CBO S 118811	17-UF SP

18-Número no CRO 118811	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1438822312803111	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	23-Número no CRO 118811
24-UF SP	25-Código CNES 85100200	26-UF SP
27-Número no CRO 118811	28-UF SP	29-Código CBO S 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento		1-100181101010101651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	S	14/11/10	120
			2-00185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	S	14/11/10	120
			3-00185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	S	14/11/10	120
			4-00185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	S	14/11/10	120
			5-00185301010471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	S	14/11/10	120
			6-001851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	26 OP	1	1	88,00	0,00	S	28/11/10	120
			7-0018110104211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	S	28/11/10	120
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1280,00	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), foram realizados 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 11/11/10 11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10 11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10 11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/10 11/11
---------------	---	---	---	---

OK