



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

433783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8118177	7-Data Validade da Sentença 03/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 0020202522125300006903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO SABIO ALENCASTRO		14-Data de Nascimento 15/02/2005	15-Telefone (51) 33309081	16-Nome do titular do plano JOZIEL ALENCASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Alcance do RN N	18-Nome do Profissional Solicitante INTEGRAL ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA		19-Número no CRO 19924	20-UF RS	21-Código CBO S 04
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81411243587		23-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO	24-Número no CRO 19924	25-UF RS	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		28-Número no CRO 19924	29-UF RS	30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela 1-00184000198	32-Código do Procedimento PROFILAXIA POLIMENTO	33-Dente/Região HASD	34-Face 1	35-Ord 1	36-Quantidade US 35,00
2-00184000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAID	1	1	35,00
3-00184000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
4-00184000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00
5- / / / / /					
6- / / / / /					
7- / / / / /					
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Fim de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 140,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
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(ram) 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 04/11/2012					
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2012					
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /					
53-Data local e Carimbo da Empresa / /					
Dra. Flávia Villela Doutora em Endodontia CRORS 19924					