

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N



354943
INTERCÂMBIO

25-BOLSA para o PLAN S.A.

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/10/2011 3-Data de Autorização 12/10/2011 4-Senha AUTORIZADO 5-Senha 7778636 6-Número da Guia Principal 7778636 7-Data Válida da Senha 10/9/11 11/12/10

8-Data de Benefício

9-Número da Carteira

10-EMPRESA INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Válida da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMAURI TADEU BORGES LEAL

26/06/1964

14-Telefone

15-Nome do titular do plano AMAURI TADEU BORGES LEAL

16-Adm. do Contrato Responsável pelo Tratamento

17-Nome de Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

18-Número no CRO 36455

19-UF SP

20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código de Obtenção CNPQ CEF ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

23-Número no CRO 36455

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

27-Número no CRO 36455

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,40
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
6-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
7-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
8-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
9-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
10-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
11-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
12-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
13-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
14-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50
15-1	1		1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,50

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 Cuidado Dentário Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cuidado Dentário 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 53-Data, local e Cuidado da Empresa