



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



451754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 4-Data de Autorização 11/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 451754 7-Data validade da Senha 11/12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025110550610083971011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data validade da Carteira

13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE 23/11/2043 14-Telefone 1358914693 15-Nome do titular do plano ACEMIRA VENANCIO ANDRADE

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 10 025 - Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol/or	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Dica	42-Assinatura
1-10	085400360	PROTESE PARCIAL FIXA	S3	1	1	680,00	0,00	0,00		11/12/11	21/01/11	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 1680,00

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 no 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 11/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa