



758615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/6/11 01/2/11 4-Data de Autorização 12/6/11 01/2/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número do Guia Principal 9223303 7-Data Validade da Sanha 12/4/10 11/2/21

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário 0002025105506012121302 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/4/10 11/2/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO BISPO DE SOUZA 30/05/1952 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano SEBASTIANA MARIA FELIZARDO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 18-Nome do Contratado Execução ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 103201308005 22-Nome do Contratado Execução ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 23-Número no CRO 134645 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Excitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	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 do Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/11	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/11	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/11	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/11	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1 - Tratamento Odontológico	1 - Total 2-Parcial	140,00	0,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a aparecer 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 Colocante 12/6/11 Dr. Estefania Guntzel 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 Dr. Estefania Guntzel 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 Dr. Estefania Guntzel 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/6/11 Dr. Estefania Guntzel

Dra. Estefania Guntzel
Cirurgia-Dentista
CROSP 134645