

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

362829
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/2012

6-Número da Guia Principal
7815583

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
12/14/10/8/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202511055016009867011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PATRICIO ALVES DO NASCIMENTO

22/07/1981

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
PATRICIO ALVES DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alindimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MAYARA BECHARA LOBO

18-Número no CRO
98515

19-UF
SP

20-Código CBO S
98515

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1316018158016192

22-Nome do Contratado Executante
MAYARA BECHARA LOBO

23-Número no CRO
98515

24-UF
SP

25-Código CNES
98515

26-Nome do Profissional Executante
MAYARA BECHARA LOBO

27-Número no CRO
98515

28-UF
SP

29-Código CBO S
98515

30-Franchise/Co-participação R\$
025 - Faturar Empresa

31-Data de Realização
31/11/2012

32-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/11/2012	X
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/11/2012	X
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/11/2012	X
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			31/11/2012	X
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/11/2012	X
6-0101815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	14 D		1	61,00	0,00			31/11/2012	X
7-0101815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24 O		1	61,00	0,00			31/11/2012	X
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											
43-Data Prevista Término do Tratamento	23/10/2019	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$	
			1-Total	2-Parcial				30,00	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/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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Assinatura B. Lobo
Carimbo da Empresa