



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



616424
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8802669	7-Data Validade da Santa 10/11/2012
8-Numero da Carteira 01020125105506007167011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2012	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARGARIDA KONCZ	24/10/1962	14-Telefone (11) 260510949	15-Nome do titular do plano MARGARIDA KONCZ		
Dados do Contratado Resposável pelo Tratamento					
16-Alimentação a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Numero no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405
21-Código na Ovarada / CBO / CPE 0554869813	22-Nome do Contratado Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Numero no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	27-Numero no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0101810101405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Régio 1	34-Fase 1	35-Cód 78100	37-Valor 0,00
2-1					5,50
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 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enfermagem	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78100	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 11/11/11 LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 MARGARIDA KONCZ					
53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11					

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação