



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

433417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113547	7-Data Validade da Senha 03/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600120901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome REGINA MODESTA DI GENNARO		14-Telefone 18/05/1971	15-Nome do titular do plano REGINA MODESTA DI GENNARO		
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
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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa e Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00	0,00	025 -	03/11/2012	Regina
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
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 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 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 Cirurgião-Dentista 03/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 Regina	53-Data, local e Carimbo da Empresa