



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

342387
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07/12/07	4-Data de Autorização 12/31/07/12/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719312	7-Data Validade da Senha 18/11/07/12/07							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202025105506008397011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE		14-Telefone 23/11/2043 (11) 3589-4693	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 (I) 81000421- (I) 81000421-	Enviar - RX							
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-Cente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	001810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/10/07/12/07		
2	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/10/07/12/07		
3	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/10/07/12/07		
4	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/10/07/12/07		
5	001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/10/07/12/07		
6	001810000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			12/10/07/12/07		
7	001810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			12/10/07/12/07		
8	001810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			12/10/07/12/07		
9	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			26	73,00	0,00			12/10/07/12/07		
10	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			38	73,00	0,00			12/10/07/12/07		
11	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			27	73,00	0,00			12/10/07/12/07		
12	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			47	73,00	0,00			12/10/07/12/07		
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		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 512,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 12/10/07/12/07			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/07/12/07			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/07/12/07			53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11			