

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

480333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/02/2012	4-Data de Autorização 22/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8309863	7-Data Validade da Senha 19/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102025222455000000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PATRICIA LAPA BAILSTEM	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDUARDO DI PIETRO BAILSTEM	14-Telefone (11) 288518305	15-Nome do titular do plano PATRICIA LAPA BAILSTEM
---------------------------------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	18-Número no CRO 118776	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39520700846	22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	23-Número no CRO 118776	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES	27-Número no CRO 118776	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

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 de Glosa
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------

1-0108110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		3400	0000		22/02/12	
2-0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1		3500	0000		22/02/12	
3-0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1		3500	0000		22/02/12	
4-0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1		3500	0000		22/02/12	
5-0108140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1		3500	0000		22/02/12	
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/02/12	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 17400	47-Valor Total R\$ 000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
--	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/02/12 Divina Samara	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/12 Divina Samara	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Rebeca E. Samara Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776