



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

349764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754370	7-Data Validade da Senha 31/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601416001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSA YSELA MEZA YUPANQUI		14-Telefone 12/11/1984	15-Nome do titular do plano ROSA YSELA MEZA YUPANQUI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcôndimento 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	Enviar - RX (IF) 85400220-25
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-Qtd
1	008540220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	25	1	1
2	008540084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	25	1	1
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
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 453,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
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 Pagamento do ato condicionado ao envio de RX inicial e final do Núcleo, e imagem Final da Coroa Provisória para análise de produção.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 N. Claros		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 N. Claros		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012 Rosa Ysel	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / / P					