



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

424681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077461	7-Data Validade da Série 19/02/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251050601254501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIOGENES GUERRA		14-Telefone 09/05/1941	15-Nome do titular do plano DIOGENES GUERRA		
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	Enviar - RX (1) 85400173-13
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-Tabella 1-0085400173	31-Código do Procedimento COROA TOTAL METALO	32-Descrição 13	33-Dente/Raio 1	34-Face 872100	35-Qtd 000
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
42-Assinatura					
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 872100	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franchise / 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 Enviar foto final com prótese instalada.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/11/12/120	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/11/12/120	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/11/12/120	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		