



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

389240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 14/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931022	7-Data validade da Senha 02/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202510550601489602		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data validade do Cartão / /
13-Nome EDNA MARIA DA SILVA PEREIRA		14-Telefone 13/10/1970		15-Nome do Bulter do plano FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA	
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 8 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809		22-Nome do Contratado Escusante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		23-Número no CRO 30136	24-UF SP
26-Nome do Profissional Escusante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136		28-UF SP	29-Código CBO 8
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Quantidade	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	HASD		
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	HASE		
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	HAIE		
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	HAID		
6-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OMV		
7-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O		
8-00181000421	RX PERIAPICAL	1	RCIE		
9-00181000421	RX PERIAPICAL	1	RII		
10-00181000421	RX PERIAPICAL	1	RPID		
11-00181000421	RX PERIAPICAL	1	RCID		
12-00181000421	RX PERIAPICAL	1	RMD		
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 Pagamento 1-Total 2-Parcela		46-Total Quantidade US 43100	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Valor Total 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 essa Guia, 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 14/11/2012 x [Assinatura]					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2012 Edna M ^{re}		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	