

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

312117
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/2010		4-Data de Autorização 27/10/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7554619		7-Data Validade da Senha 09/10/2010		
Dados do Beneficiário Número da Carteira 00202510550600787903				8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número de Cartão Nacional de Saúde		
9-Nome PEITRO PARADELLA PEIXOTO SOUZA				13-Data de Contato Responsável pelo Tratamento 11/08/2010		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA				
16-Atribuição a R/N N		17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO				18-Número no CRO 107908		19-UF SP		20-Código CBO S 03		
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 36968685825		22-Nome da Contratada Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA				23-Número no CRO 107908		24-UF SP		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA						27-Número no CRO 107908		28-UF SP		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados												
30-Tabeta	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	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		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 especificados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente, bem como 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 assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Comentário Dr. Marcela Caroline Barbosa Fraga Cirurgiã Dentista Implantodontia CRO SP 107908 Dr. Jeani Maria Peixoto Souza Cirurgiã Dentista Implantodontia CRO SP 107908												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			