

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Região AHS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 7/12/2 4-Data de Autorização 12/9/10 7/12/2 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10189565 7-Data Validade da Senha 12/7/10 10/12/2

1081453
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

100202510550601684302

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Data Validade da Senha

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DOUGLAS HENRIQUE DOS SANTOS

23/08/1988

14-Telefone

15-Nome do Titular do Plano THAIS JUSTINO CAETANO

Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN

BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

18-Número no CRO

134922

19-UF

SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14498411300144

22-Nome do Contratado Executante

NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

23-Número no CRO

138944

24-UF

SP

25-Código CNES

2879549

26-Nome do Profissional Executante

BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

27-Número no CRO

134922

28-UF

SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				05/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade US	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Total Franquia / Co-participação R\$			
25/05/2012	1				1-Total 2-Parcial	34,00		34,00				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

25/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/10/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/10/2012

Notário Odontológico

Rua Caramuru, 57

Tel: 3473-6655