

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



342627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/07 4-Data de Autorização 12/11/07 5-Será Autorizado 7720317 6-Número da Guia Principal 7720317 7-Data Validade da Guia 11/09/10 8-Data Validade da Guia 11/09/10

9-Planos

8-Número da Carteira 00202510550600759401 9-Planos POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CELIA MARIA CRUZ GIGLIO 14-Telefone 18041978 15-Nome do titular do plano CELIA MARIA CRUZ GIGLIO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CNF 139612062870 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	10	0,00	121101	20	11/07	11/07	11/07
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	10	0,00	121101	20	11/07	11/07	11/07
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	10	0,00	121101	20	11/07	11/07	11/07
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	10	0,00	121101	20	11/07	11/07	11/07
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

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 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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/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 12/11/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/07 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/07 54-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/07

Dra. Tathiane Moreira da Silva