



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

386212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	3-Data de Autorização 30/10/2012	4-Sinthe AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7918523	6-Data Validade da Sinthe 28/11/2012						
8-Número da Carteira 002022510550601477002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome RENATA DEL GRECCO DOS SANTOS		14-Telefone 15/11/1982	15-Nome do titular do plano ERIK MARCELO DOS SANTOS								
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						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809		22-Nome do Contratado Exclutante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-8 (I) 81000421- (I) 81000421-RPID						
30-Tabella 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qnt 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Oblea 42-Assinatura											
1-00082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	18600	0,00	S/30/11/2012	X				
2-00081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1400	0,00	S/30/11/2012	X				
3-00081000421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1400	0,00	S/30/11/2012	X				
4- / /											
5- / /											
6- / /											
7- / /											
8- / /											
9- / /											
10- / /											
11- / /											
12- / /											
13- / /											
14- / /											
15- / /											
43-Data Prevista 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 21400		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 apresentado, 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											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 30/11/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					