



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

401295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980663	7-Data Validade da Serção 19/11/2012										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202510550601404201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ANGELICA LIMBERG ROGAJ		14-Teléfono 09/02/1985	15-Nome do Titular do plano ANGELICA LIMBERG ROGAJ												
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 S 10	025 - Faturar Empresa										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-21										
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	(IF) 85200166-12											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura			
1-0085200166		TRATAMENTO ENDODONTICO	21		1	258,00	0,00			18/11/2012					
2-0085200166		TRATAMENTO ENDODONTICO	12		1	258,00	0,00			18/11/2012					
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 516,00		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 Enviar rx inicial e final na produção.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/11/2012 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012 [Assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			