

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



303459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7492279	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
8-Número da Carteira 00202251055060042101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ	20/06/1965	14-Telefone	15-Nome do titular do plano ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	18-Número no CRO 84389	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26604732851	22-Nome do Contratado Executante ALINE MICHELE CICUTO	23-Número no CRO 84389	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO		27-Número no CRO 84389	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	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 Ulosa	42-Assinatura
1	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	27	1	1	154,00	0,00			10/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/10/2012	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 154,00	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 no 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 Alterada data de retorno conforme chamado #SRE1587331689	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2012
---	---	---	---	---