

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x sand



2-Nº

384320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/10		4-Data de Autorização 10/09/10		5-Senha AUTORIZADO	
8-Número da Carteira 000202522766300064601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM		11-Data Validade da Carteira 12/11/12	
13-Nome PRISCILA DA SILVA CARVALHO		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano PRISCILA DA SILVA CARVALHO		16-Data Validade da Guia Principal 7910795	
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		18-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1885715160672		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		26-Número no CRO 24111		27-UF RJ		28-Código CBO S	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Quantidade US	
1-0085200166		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
2-1		21		1		258000	
3-1							
4-1							
5-1							
6-1							
7-1							
8-1							
9-1							
10-1							
11-1							
12-1							
13-1							
14-1							
15-1							
43-Data Provisão Término do Tratamento 12/11/12		44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 258000	
47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento		49-Tipo de Faturamento		49-Valor Total 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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 Solidante 12/11/12 Dr. José Eduardo R. Pereira Cirurgião - dentista RJ - CD 24.111		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12 Dr. José Eduardo R. Pereira Cirurgião - dentista RJ - CD 24.111		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12 Priscila da Silva Carvalho	
---	--	---	--	--	--