

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª Nº



540226
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2015	4-Data de Autorização 10/03/2015	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8545497	7-Data Validade da Seria 10/11/2018
8-Número da Carteira 100202522711240043601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AURORA MARIA PEGORARO PICCOLI	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano AURORA MARIA PEGORARO PICCOLI	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Atendimento a RN N
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 927190740041	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME	26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN
27-Número no CRO 10449	28-UF RS	29-Código CBO S 09	30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-008100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1-008100405
34-Face 1	35-Cid 1	36-Quantidade US 7,8	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Ant 0,00
40-Data de Realização 10/03/2015	41-Motivo da Clima 10/03/2015	42-Assinatura 10/03/2015	43-Data Prevista Término do Tratamento 10/03/2015	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/1015/1212 Fátima D. D. Bordin 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/1015/1212 Fátima D. D. Bordin 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/1015/1212 Aurora Maria Pegoraro Piccoli 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11		

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 c/c(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
Análise inicial - Resgate de cor