

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



456994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011		4-Data de Autorização 12/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8209652		7-Data Validade da Senha 11/04/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 000202531247200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MILTON DONIZETI FRANCO DA SILVA													
14-Telefone (11) 11111111													
15-Nome do titular do plano MILTON DONIZETI FRANCO DA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		18-Número no CRO 94101		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Data Validade da Guia 11/09/2011		22-Número do Contrato Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11755628897		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Número no CRO 94101		24-UF SP		25-Código CNES		26-Data Validade da Guia 11/09/2011		27-Número no CRO 94101	
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Data Validade da Guia 11/09/2011		32-Número do Contrato Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA		22		PM		1		18		000	
2-00000000000													
3-00000000000													
4-00000000000													
5-00000000000													
6-00000000000													
7-00000000000													
8-00000000000													
9-00000000000													
10-00000000000													
11-00000000000													
12-00000000000													
13-00000000000													
14-00000000000													
15-00000000000													
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$ 88,00		48-Valor Total R\$ 88,00		49-Valor Total R\$ 88,00	

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 obrigações 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, toda e qualquer taxa contratada com a Operadora. Declino, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011	
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/11/2011		54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/11/2011		55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/11/2011	

CRO 94101

Av. São João, 473 - Ponta São João

12/11/2011

12/11/2011

12/11/2011