

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



341286
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 17/10/2017 12:01 4-Dados de Autorização 21/10/2017 12:01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7714547 7-Dados de Validade da Guia 15/11/2017 12:01

8-Número da Clínica 01020125197612010101691011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP DE CREDITO E INVEST DE 11-Dados de Validade da Clínica 12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome RODRIGO APARECIDO DOS SANTOS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RODRIGO APARECIDO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE 18-Número no CRO 46356 19-UF SP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1711871488281 22-Nome do Contratado Encarregado DENISE FANTON OREFICE 23-Número no CRO 46356 24-UF SP 25-Código CNES 0185100218 26-Nome do Profissional Encarregado DENISE FANTON OREFICE 27-Número no CRO 46356 28-UF SP 29-Código CRO 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-Dados de Realização	41-Motivo da Ocsa 42-Assinatura
1-010185110102118		RESTAURAÇÃO RESINA	11	PIV	1	122,00	0,00			512110171201	Denise Fanton Orefice
2-010185110102118											
3-010185110102118											
4-010185110102118											
5-010185110102118											
6-010185110102118											
7-010185110102118											
8-010185110102118											
9-010185110102118											
10-010185110102118											
11-010185110102118											
12-010185110102118											
13-010185110102118											
14-010185110102118											
15-010185110102118											

43-Dados Previstos 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 122,00 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Carimbo da Empresa

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista
CROSP 46356 - CROPR 8368