

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1148197
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1149536
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/10 19/12/21	4-Data de Autorização 12/10/10 19/12/21	6-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10378193	7-Data Validade da Senha 11/9/11 12/12/21
8-Endereço do Beneficiário 10/10/2102/51112103810101010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAVATO DIESEL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Plano IDIVAL TRZASKOS		31/01/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IDIVAL TRZASKOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE MIGUEL TOKARSKI	18-Número no CRO 30158	19-UF PR	20-Código CBO S 9999999	21-Código CBO S 9999999
22-Código na Operadora / CNU / CPF 1217181845167101010112141	23-Nome do Contratado Executante ORALVILLE CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA	24-Número no CRO 30158	25-UF PR	26-Código CBO S 9999999	27-Código CBO S 9999999
28-Nome do Profissional Executante FELIPE MIGUEL TOKARSKI					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ciú	36-Valor
1-10101821010112194	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38	11	18161010	101010
2-10101821010112194	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	11	18161010	101010
3-10101821010108715	EXODONTIA SIMPLES DE	18	11	17131010	010100
4-10101821010112194					
5-10101821010112194					
6-10101821010112194					
7-10101821010112194					
8-10101821010112194					
9-10101821010112194					
10-10101821010112194					
11-10101821010112194					
12-10101821010112194					
13-10101821010112194					
14-10101821010112194					
15-10101821010112194					
43-Data Fim do Tratamento 26/10/11 21/21					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência					
45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 444511010					
47-Valor Total R\$ 10101010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10101010					
49-Observação					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/11 21/21					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/11 21/21					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/10/11 21/21					
53-Dia, local e Contato da Empresa 11/11/11					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, assino e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a atuar 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 atuar com os custos conforme previsto em contrato.