



Requisição para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



583765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 15/01/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8696268	7-Data Validade da Sentença 12/01/2012
8-Número da Carteira 010120125388778000001021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11
13-Nome PEDRO ZELLA MARTINS			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano CAMILA ZELLA	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 065401369119	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES (0) 85100200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S (0) 85100200		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
				36-Quantidade US	37-Valor
				38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
				40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus
				42-Assinatura	
1	010181001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		34	1010
2	01018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	11
3	01018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OM	11
4	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	53	V	11
5	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	63	V	11
6	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	11
7	01018511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	11
8	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	11
9	0101851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	11
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Total Quantidades US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Decisão, 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. Decido, ainda que o(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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2012					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2012					
53-Data, local e Contato da Empresa 01/01/2012					

Dra Barbara Stacher

Jamila Zella