



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



319983
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/16 12:01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7610529	7-Data Validade da Serina 01/10/19 12:01
---------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025101510150601719171011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome JOSIANE DE FARIAS FILHO	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do Plano JOSIANE DE FARIAS FILHO
------------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rm N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1313189113191216	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-15
---	---	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Diagnóstico	34-Eixo	35-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia 42-Assinatura
1-001852010166	15	TRATAMENTO ENDODONTICO	15	11	1258100	0100	0103196149			
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1258100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
--	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/16 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/16 12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/16 12:01	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/10/16 12:01
---	---	---	--

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO-124025