

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NN



308588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 14/12/10	4-Data de Autorização 12/7/10 14/12/10	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7528291	7-Data Validade da Sereta 12/6/10 17/12/10
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0101210121511051060117988011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome PRISCILA MARIA DOS ANJOS	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano PRISCILA MARIA DOS ANJOS
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA
21-Código na Operador / CNPJ / CPF 1104041215364111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA
23-Nome do Profissional Executante RODRIGO CAETANO DE ALMEIDA	24-UF SP
25-Número no CRO 123665	26-Código CNES 025 - Faturar Empresa
27-Número no CRO 123665	28-UF SP
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30-Tabela 1-0101611710	32-Descrição DOCUMENTAÇÃO
33-Dentista/Região 1	34-Face 1
35-Cmd 313100	36-Quantidade US 01010
37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$ 330101120111
39-Aut	40-Data de Realização 13/10/10 15/12/10
41-Motivo da Glosa	42-Assinatura Rafael

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cmd	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101611710	DOCUMENTAÇÃO	1	1	313100	01010		330101120111		13/10/10 15/12/10		Rafael
2-1111111111											
3-1111111111											
4-1111111111											
5-1111111111											
6-1111111111											
7-1111111111											
8-1111111111											
9-1111111111											
10-1111111111											
11-1111111111											
12-1111111111											
13-1111111111											
14-1111111111											
15-1111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313100	47-Valor Total R\$ 330101120111	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 330101120111
--	--	---	----------------------------------	------------------------------------	---

ROD RADIOLÓGIA ODONTOLÓGICA

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 de pagamento previstas 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 o 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/10 15/12/10 Rodrigo Caetano de Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/10 15/12/10 Priscila Maria dos Anjos	53-Data, local e Endereço da Empresa 13/10/10 15/12/10 30-130 - Sorocaba / SP
---	---	---	--

15. 3232-7072