

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



325433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 12/4/10/16/12/01	5-Soma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7639174	7-Data Validade da Guia 11/5/10/19/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002020253021930000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Data Validade na Carteira 22/11/1995			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA					
14-Telefone (11) 1111111111					
15-Nome da Mãe do plano LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade na Carteira Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131318911319826111	23-Nome do Contratado Excedente DIEGO ADRIANO RICARDO	24-UF SP	25-Código CNEC	26-UF SP	27-Enviar - RX (R) 85200158-47
28-Nome do Profissional Excedente DIEGO ADRIANO RICARDO	29-Número no CRO 121025	30-UF SP	31-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado		32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Avil	40-Data de Realização	41-Molero da Glisa 42-Assinatura
1-0001852001158	1	TRATAMENTO ENDODONTICO	47		1	533,00	0,00				Larissa
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 533,00	47-Valor Total R\$ 533,00	48-Total Quantidade US 533,00	49-Total Fratura / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo 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/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
Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/10/2012 Larissa	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/10/2012
---	---	---	--

Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025