

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



321840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7620844	7-Data Validade da Senha 05/10/1912
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202504908500691601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TIAGO ALVES AZEVEDO					
14-Teléfono () 11 11 11 11 11 11					
15-Nome do titular do plano TIAGO ALVES AZEVEDO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171556218897	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) #1000421-
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimento / Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rc/Relão	34-Face	35-Qtd
1-0018100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00181000421		RX PERIAPICAL	RMSE		1
3-00181000421					
4-00181000421					
5-00181000421					
6-00181000421					
7-00181000421					
8-00181000421					
9-00181000421					
10-00181000421					
11-00181000421					
12-00181000421					
13-00181000421					
14-00181000421					
15-00181000421					
43-Data Provisão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor em Reais					

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 do profissional que me e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (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.

48-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012	52-Data, local e Assinatura de Responsável 13/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012
---------------	---	--	---

