

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1754682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 11/12/14		5-Sertha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12084517		7-Data Validade da Sanha 12/13/10 14/12/14			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0101210125533119001033021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TUPY SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARIA IZABEL DE NASCIMENTO											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do titular do plano ADILSON VILMAR DE NASCIMENTO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alerdimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO		18-Número no CRO 20523		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1312871312103000189		22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369		24-UF SC		25-Código CNES 2925699			
26-Nome do Profissional Executante NICOLI MARCELINO DELALLO		27-Número no CRO 20523		28-UF SC		29-Código CBO S					
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 Glosa 42-Assinatura
1-0101840000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	0,00	1	16/10/14	
2-0101840000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	0,00	1	16/10/14	
3-0101840000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	0,00	1	16/10/14	
4-0101840000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37	1	1	49,00	0,00	0,00	1	16/10/14	
5-0101840000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00	0,00	1	16/10/14	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1- Tratamento Odontológico		1- Total 2- Parcial		245,00		0,00		0,00	

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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/14
---	---	---

Dr. Nicoli Marcelino Delallo
CRO 20523