

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



348256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Dia de Autorização 12/11/2012	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747267	7-Dia Validade da Guia 12/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012025026836006231021	9-Pelo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGRINDUSTRIAL	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA ROBERTA REIS					
14-Telefone 13/12/1992					
15-Nome do titular do plano MARCELO ANTONIO BROCCO					
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)					
16-Adoamento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNU) / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado, Excedente CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excedente CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denervação	34-Face	35-Qtd
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00
5-00					
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
43-Dia Previsto 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\$					

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2012	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2012	53-Dia, local e Assinatura do Médico Responsável 21/11/2012
--	--	--	--