

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



655657
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:11	4-Data de Autorização 11/11/08 12:11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8924616	7-Data Validade da Sentença 10/09/11 11/12/11
8-Número da Carteira 000202540117116000001011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11
13-Nome WELTON RIBEIRO DOS SANTOS			01/05/1999	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WELTON RIBEIRO DOS SANTOS
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante MB RADIOLOGIA	18-Número no CRO 23909	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 001343526027			22-Nome do Contratado Executante FELIPE FROZI	23-Número no CRO 23909	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante FELIPE FROZI			26-UF RS	27-Código CBO S 23909	28-UF RS

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mês/Ano da Guia	42- Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMD	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	12/01/08	20010816	20010816
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- Ortodomia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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

Dr. Felipe Frozi

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 20/08/2011 CRO: 23909	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 20/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---

2018122