

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

446811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/01/2012		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8170041		7-Data Validação da Sineta 04/01/2012	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253283560001002		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validação da Carteira 00/00/00	
13-Nome ROSILDA DE FATIMA RAMOS TIEPPO		16-Atendimento a RN DIOGO CASAGRANDE		17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO CASAGRANDE		18-Número no CRO 9715		19-UF SC	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0519209292906		22-Nome do Contratado Exequente DIOGO CASAGRANDE		23-Número no CRO 9715		24-UF SC		25-Código CHES	
28-Nome do Profissional Exequente DIOGO CASAGRANDE		27-Número no CRO 9715		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
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
1-0	085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	1	333,00	0,00	0,00	0,00
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00
3-0	08100421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00
4-0	08100421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00
5-0									
6-0									
7-0									
8-0									
9-0									
10-0									
11-0									
12-0									
13-0									
14-0									
15-0									
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Tipo de Atendimento	47-Tipo de Atendimento	48-Tipo de Atendimento	49-Tipo de Atendimento	50-Tipo de Atendimento	51-Tipo de Atendimento	52-Tipo de Atendimento
00/00/00	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
43-Total Previsto	44-Total Previsto	45-Total Previsto	46-Total Previsto	47-Total Previsto	48-Total Previsto	49-Total Previsto	50-Total Previsto	51-Total Previsto	52-Total Previsto
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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

51-Data local e assinatura do Contratado-Donatário Solicitante

52-Data local e assinatura do Profissional-Dentista

53-Data local e Carimbo de Empresa

54-Data local e Carimbo de Empresa

55-Data local e Carimbo de Empresa

56-Data local e Carimbo de Empresa

57-Data local e Carimbo de Empresa