

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012		4-Data de Autorização 10/3/12		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7925098		7-Data Validade da Senha 13/01/12		387708 INTERCÂMBIO							
8-Número da Carteira 10020202532275900000001011												11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome WILLIAN AGREIRA DOS SANTOS												14-Telefone () 11 11 11 11 11 11		15-Nome do titular do plano WILLIAN AGREIRA DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		18-Número no CRO 29322		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200158-36									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0089392939359111		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
30-1-abela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		43-Total Franquia / Co-participação R\$			
1-00085200158		1		TRATAMENTO ENDODONTICO		36		1		53300		0100		S261011201201					
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 153300		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 Enviar rx inicial e final na produção																			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2012																			
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012																			
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012																			
53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/11/2012																			
54-Data, local e Assinatura 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.																			
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012																			
56-Data, local e Assinatura da Empresa 26/11/2012																			