



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316018
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão de Guia 12/12/01 05/12/01		5- Sembr AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 7585419		7- Data Validade da Sembr 12/01/08/12/01						
Dados do Beneficiário														
8- Número da Carteira 000202518650900006404		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE		11- Data Validade da Carteira 11/11/11		12- Número do Cartão Nacional de Saúde						
13- Nome NYCOLE RIECHELMANN ZANCONATTO														
14- Telefone (11) 11111111														
15- Nome do titular do plano RENATA AMARAL RIECHELMANN ZANCONATTO														
16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		18- Número no CRO 134314		19- UF SP		20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa						
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1432013008823		22- Nome do Contratado / Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		23- Número no CRO 134314		24- UF SP		25- Código CNES						
26- Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		27- Número no CRO 134314		28- UF SP		29- Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimento / 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	40- Data de Realização	41- Motivo de Closs 42- Assinatura			
1-0001810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/11/01	NYCOLE RZ			
2-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/02/06	NYCOLE RZ			
3-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/02/06	NYCOLE RZ			
4-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/02/06	NYCOLE RZ			
5-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/02/06	NYCOLE RZ			
6-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
7-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
8-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
9-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
10-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
11-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
12-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
13-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
14-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
15-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
43- Data Provisão Termino do Tratamento										44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11										1	1	178,00	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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

Dr. Rodrigo Monteiro

Cirurgião Dentista

CRO 134314

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

10/12/10 06/11/2010

51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/12/10 06/11/2010 NYCOLE RZ

52- Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11