

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



338270
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4086414	3-Data de Emissão do Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 7700294	7-Data Vencimento da Série 11/11/2012
8-Número da Carteira 0020250490850078801102	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S.A.	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome LETICIA MENDES GOMES	24/03/1984	14-Idade 11	15-Nome do titular do plano LUANA MENDES GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO	18-Número no CBO 107116	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 3818131948416	22-Nome do Contratado Excludente DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO	23-Número no CBO 107116	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excludente DIEGO FIGUEIREDO ARAUJO	27-Número no CBO 107116	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Cia	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Matrx da Guia	42-Assinatura
1-0	1840100090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72	10,00			15/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento											
1/1/11	1-Tratamento Odontológico											
	2-Exame Radiológico											
	3-Cirurgia											
	4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$										
1-Total 2-Parcial	72	10,00										
48-Total Franchise / 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(são) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012
---	---	---	---

Diego Figueiredo Araújo
Cirurgião Dentista
CRO/SP: 107116