

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

433779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012		4-Data de Autorização 10/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8114731		7-Data Validade da Senha 03/10/13	
8-Número da Carteira 002025216946000064905				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO DAROS SILVEIRA				14-Teléfono () 994313283		15-Nome do titular do plano PEDRO FERNANDES SILVEIRA NETO		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947				22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Valor	
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Old		36-Quantidade US	
1-0081000421		RX PERIAPICAL		RPSD		1400		0100		37-Valor	
2-0081000421		RX PERIAPICAL		RPSE		1400		0100		38-Franquia/Co-participação R\$	
3- /		/		/		/		/		39-Aut	
4- /		/		/		/		/		40-Data de Realização	
5- /		/		/		/		/		41- Motivo de Glosa 42-Assinatura	
6- /		/		/		/		/		/	
7- /		/		/		/		/		/	
8- /		/		/		/		/		/	
9- /		/		/		/		/		/	
10- /		/		/		/		/		/	
11- /		/		/		/		/		/	
12- /		/		/		/		/		/	
13- /		/		/		/		/		/	
14- /		/		/		/		/		/	
15- /		/		/		/		/		/	
16- /		/		/		/		/		/	
17- /		/		/		/		/		/	
18- /		/		/		/		/		/	
19- /		/		/		/		/		/	
20- /		/		/		/		/		/	
21- /		/		/		/		/		/	
22- /		/		/		/		/		/	
23- /		/		/		/		/		/	
24- /		/		/		/		/		/	
25- /		/		/		/		/		/	
26- /		/		/		/		/		/	
27- /		/		/		/		/		/	
28- /		/		/		/		/		/	
29- /		/		/		/		/		/	
30- /		/		/		/		/		/	
31- /		/		/		/		/		/	
32- /		/		/		/		/		/	
33- /		/		/		/		/		/	
34- /		/		/		/		/		/	
35- /		/		/		/		/		/	
36- /		/		/		/		/		/	
37- /		/		/		/		/		/	
38- /		/		/		/		/		/	
39- /		/		/		/		/		/	
40- /		/		/		/		/		/	
41- /		/		/		/		/		/	
42- /		/		/		/		/		/	
43- /		/		/		/		/		/	
44- /		/		/		/		/		/	
45- /		/		/		/		/		/	
46- /		/		/		/		/		/	
47- /		/		/		/		/		/	
48- /		/		/		/		/		/	
49- /		/		/		/		/		/	

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/11 11/12/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/11 11/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/11 11/12/11		53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/11 11/12/11		54-Data, local e Assinatura do Profissional 11/10/11 11/12/11	
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--