

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1073501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 17/12/21	4-Data de Autorização 12/5/10 17/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10165630	7-Data Validade da Senha 12/3/11 10/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102121542171091001001017011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DEXCO SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDREIA ANTONIA DOS SANTOS					
14-Telefone (11) 1111111111					
15-Nome do titular do plano ANDREIA ANTONIA DOS SANTOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA	18-Número no CRO 73084	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101696313180001183	22-Nome do Contratado Executante RADIOLOGIA PANORAMICA RIO PRETO LTDA	23-Número no CRO 73084	24-UF SP	25-Código CNES 7091230	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	27-Número no CRO 73084				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid
1-010181100014105		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 pagar em meus valores 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					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/11					
51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/11					
52-Dia, local e Assinatura da Empresa 28/11/11					
53-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina esse documento, os valores 28/11/11					