



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



482954
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8321280	7-Data Validade da Senha 12/04/2015	2-Nº
8-Número da Carteira 00020251107198000006702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DINAMIK COM LOC E SOL EM	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUILHERME ARANEGA LOPES	14-Telefone	15-Nome do titular do plano LEANDRO FERREIRA LOPES	16-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	22-Nome do Contratado, Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00008100000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-00008400000018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			
3-00008400000018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			
4-00008400000018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			
5-00008400000018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			
6-00008700000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				
7-00000000000000					
8-00000000000000					
9-00000000000000					
10-00000000000000					
11-00000000000000					
12-00000000000000					
13-00000000000000					
14-00000000000000					
15-00000000000000					
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Participação R\$	48-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 arcar com os custos conforme previsto 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 a prestação de serviços odontológicos em nome e por conta da Operadora, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente / Responsável

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2012	52-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	--