

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



356513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Santa PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 356513	7-Data Validade da Santa 11/11/2011
8-Plano POS REDE PRESTADORA			9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
10-Plano 13/02/1965			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Plano 13/02/1965			13-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Telefone (11) 51320512733					
15-Nome do titular do plano CELESTE MENDES DE OLIVEIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO					
18-Atendimento a RN N					
19-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0718020938991					
22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO					
23-Número no CRO 43558					
24-UF SP					
25-Código CBO S					
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO					
27-Número no CRO 43558					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA					
31-Código do Procedimento					
32-Quantidade US					
33-Valor					
34-Fratura					
35-Quantidade US					
36-Valor					
37-Fratura					
38-Fratura / Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa / 42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação