



Identificação: 1493 003 5071

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379363
INTERCÂMBIO

1-R Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/09/2012	4-Data de Autorização 22/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7887025	7-Data Validade da Senha 19/12/2012
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
8-Número da Carteira 0020215242756000213701			10-Empresa COMPANHIA DE TECNOLOGIA DA		
13-Nome DIOGO GUERRO			14-Teléfono () - - - - -		
11-Data Validade da Carteira / /			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI		18-Número no CRO 29697	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09315291900		22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI		23-Número no CRO 29697	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI		27-Número no CRO 29697		28-UF PR	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denteregisto	34-Face	35-Qtde
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		
5-00					
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
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\$					

Decisão, 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. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/12 101 Gabriel Fabiani	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12 101	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Caimbo da Empresa 12/10/12 101
---	---	--	--

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgia Dentista
CRO PR 29697