

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

318683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 01/10/16 11/12/10	4-Data de Autorização 01/10/16 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7603171	7-Data Validade da Senha 13/10/18 11/12/10
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Endereço do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202012510510510600111112012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMIRIS GOMES DE ANDRADE	14-Telefone (111) 4563111165	15-Dono do titular do plano DENIZE MARIA GOMES DE ANDRADE		

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 133318191131826	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código ONES Enviar - RX (F) 8520158-46
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela 1-00181520015181	31-Código de Procedimento TRATAMENTO ENDODONTICO	32-Descrição 46	33-Dentista/Ruário 15330100	34-Sexo M	35-Dia 01	36-Quantidade US 0100	37-Valor 02106112	38-Franquia/Co-participação R\$ 0100	39-Aut. S	40-Data de Realização 01/10/16	41-Moeda da Guia 42-Assinatura
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533100	47-Valor Total R\$ 1010100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010100
--	--	---	----------------------------------	-------------------------------	--

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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

favor anexar RX inicial e final para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante 01/10/16 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/16 11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/16 11/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/10/16 11/12/10
--	--	--	---

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025