

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



314805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572649	7-Data Validade da Sinistro 11/05/2012
Dados do Beneficiário:				
8-Número da Carteira 0002025105506001112011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/05/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DENIZE MARIA GOMES DE ANDRADE				
14-Telefone (11) 4561311165				
15-Endereço da Iluminação do Plano DENIZE MARIA GOMES DE ANDRADE				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:				
16-Atendimento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora CNPJ / CPF 131318191139826111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código CNEs
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-UF SP	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Faixa	35-Cuid	36-Valor	37-Valor	38-Franchising Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/05/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Opodentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 314100	47-Valor Total R\$ 314100
--	---	---	------------------------------	------------------------------

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.

48-Observação	49-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012
---------------	---	---	---

Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025