

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/11	4-Data de Autorização 11/7/10 8/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8951198	7-Data Validade da Série 11/5/11 11/2/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01012012527015779000126011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DIEGO DE OLIVEIRA GARSES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIEGO DE OLIVEIRA GARSES
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MB RADIOLOGIA	18-Número no CRO 23909	19-UF RS	20-Código CBO S 09
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNU / CPF 011343526027	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FROZI	23-Número no CRO 23909	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante FELIPE FROZI	27-Número no CRO 23909	28-UF RS	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810010405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00			18/08/2011		
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-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 cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/2011 Felipe Frozi	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2011 Diego Garças	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	--	-------------------------------------

CRO 23909

664864
INTERCÂMBIO