



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 N°



298567
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Jaia de Emissão do Guia 10/09/2013 12:01	4-Data de Autorização 11/11/2013 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7467065	7-Data Validade da Sentença 10/07/2016 12:01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/2012 15:11 45 19 00 00 04 8 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PERSONAL NET TECNOLOGIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome BRENDA DE OLIVEIRA LOPES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRENDA DE OLIVEIRA LOPES
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 8 9 7 7 5 3 9 4 9	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES SC	26-Valor 025 - Enviar - RX 45.
--	--	--------------------------	-------------	----------------------	--------------------------------------

27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados MAURIEM DE SOUZA PES	28-UF SC	29-Código CBO S SC	30-Valor 3754	31-Franquia / Co-participação R\$ 025 -	32-Data de Realização 10/11/1994
--	-------------	-----------------------	------------------	--	-------------------------------------

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
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0 0 0 0	1	10/05/2013	1	10/05/2013

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/05/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade 3 2 0 0	47-Valor Total R\$ 100,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	--------------------------------	------------------------------	---

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, compreendendo-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/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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2013
---	---	---	---

Dr. Maurício de Souza P...
Dr. Maurício de Souza P...
Brenda de Oliveira Lopes

CRO/SC 3754-RF: 88.570.554-49
CRO/SC 3754-RF: 88.570.554-49