

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

297280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2013 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7459372	7-Data Validade da Senha 10/04/2016 12:01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100120205111633500003163021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAGUIDA ELZA DE AVIZ	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano SAMUEL FEUSER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18-Número no CRO 18380	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1092288579160111	22-Nome do Contratado Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	23-Número no CRO 18380	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO		27-Número no CRO 18380	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentier/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
1-01018110000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	10/10/13	10/10/13
2-01018140001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/13	10/10/13
3-01018140001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/13	10/10/13
4-01018140001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/13	10/10/13
5-01018140001918		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/13	10/10/13
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/13 12:01	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 US 1174,00	47-Valor Total R\$	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. 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 10/10/13 12:01 Sarah Cristina Vieira Coelho CRO-SC 18380	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/13 12:01 Sarah Cristina Vieira Coelho CRO-SC 18380	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/13 12:01 Sarah Cristina Vieira Coelho CRO-SC 18380	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/13 12:01
---	---	---	---