



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

306232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 1 4 / 1 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7510561	7-Data Validação da Senha 1 3 / 1 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-E-moressa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	---------	--------------	------------------------------	---------------------------------------

13-**Nome**
BRUNA REGINA QUINTILHANO

13-Nome
BRUNA REGINA QUINTILHANO
08/10/1994

5-Nome do titular do plano
BRUNA REGINA QUINTILHANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18-Número no CRO 19380	19-UF SC	20-Código CBO S	025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------

SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

N	SARAH CRISLINA VIEIRA COELHO	21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Fatura
				10380	SC		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante
-------------------------------------	----------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 9 2 2 2 8 8 5 7 9 6 0	SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18380	SC	

26-Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18380	SC	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados				
30. Tabla	31. Cálculos de Decremento	32. Descripción	33. Diente/Resión	34. Euro
			35. OMI	36. Cantidad / JS
				37. Valor
				38. Cantidad/Concentración

30- Tabela	31- Códigos do Procedimento
------------	-----------------------------

330- 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	01820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	14		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
2-0	01820001859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
3-0	01820001859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
4-0	01820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
5-0	01820001859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
6-0	01820001859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna
7-0	01820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00	0,00	S	14/04/20		Bruna

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
14/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	51100	00000	00000

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 seu orçamento. 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 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

82000875 Exodontia simples de permanente. Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/10/2014
Sarah Cristina Vieira Coelho

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2014
Murgulh-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/2014
Bruna

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/10/2014