

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



292478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 10/06/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7432794	7-Data Validade da Senha 12/06/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------------------	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
GABRIELA ELENA SEEFOLDT

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GABRIELA ELENA SEEFOLDT

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 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10922188579160111

22-Nome do Contratado Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

23-Número no CRO
18380

24-UF
SC

25-Código CNES
Enviar - RX

(I) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

27-Número no CRO
18380

28-UF
SC

29-Código CBO S
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-10	108511002181	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122100		01010		10/06/2013	20	
2-10	108511002181	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	122100		01010		10/06/2013	20	
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 Previsão Término do Tratamento 10/03/2013	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 US 24400	47-Valor Total R\$ 000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
--	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

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.

49-Observação

Sarah Cristina Vieira Coelho

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/2013 11:11:10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/2013 11:11:10

52-Data, local e Carimbo da Empresa
10/06/2013 11:11:10