



Transfira para este código

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/02 11/12/01

4-Data de Autorização
12/01/02 11/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7425480

7-Data Validade da Senha
12/01/05 11/12/01

291288
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
00020125116335000030902

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA ELETRDOMESTICOS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SILDONEI FOCKNER

28/04/1982

14-Telefone
(11) 000000000000

15-Nome do titular do plano
JULIANA APARECIDA FOCKNER

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

Enviar - RX

(0) 85100200

23-Número no CRO
18380

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

22-Nome do Contratado 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-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
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/01/02	11/12/01	S. Sildonei
2-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/01/02	11/12/01	S. Sildonei
3-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/01/02	11/12/01	S. Sildonei
4-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/01/02	11/12/01	S. Sildonei
5-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	47 OM	1	1	1	88,00	0,00	0,00	1	12/01/02	11/12/01	S. Sildonei
6-001815100200	RESTAURAÇÃO RESINA											
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/01/02 11/12/01

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1262,00

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 Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/02 11/12/01 Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/02 11/12/01 Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/02 11/12/01 S. Sildonei

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/02 11/12/01