

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



488182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/12/11	4-Data de Autorização 10/11/04/12/11	5-Soma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8344455	7-Data Validada na Soma 13/01/05/12/11
8-Número da Carteira 10/02/02/52/53/07/11/01/00/07/01/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOELSON PERDONA SERAFIN	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOELSON PERDONA SERAFIN	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WILLIAN PEREIRA ROCHA	18-Número no CRO 11206
19-Data de Realização 04/01/1983	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/51087718190101	22-Nome do Contratado Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA	23-Número no CRO 11206	24-UF SC
25-Nome do Profissional Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA	26-Número no CRO 11206	27-UF SC	28-Código CBO S	29-Valor Faturar Empresa	

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	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	10	0	4	7			

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 178,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/01/83	53-Data, local e Carimbo da Empresa William Pereira Rocha Cirurgião Dentista CRO/SC 11208
---	---	---	--