

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

302575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 7 / 1 0 3 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7487740	7-Data Validade da Senha 1 5 / 1 0 6 / 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 1 1 6 3 3 5 0 0 0 3 6 3 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL FEUSER	13-Data 09/04/1989	14-Telefone () - / - / -	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 CEO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 9 1 2 1 8 8 5 7 9 6 0 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	23-Número no CRO 18380	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO		27-Número no CRO 18380	28-UF SC	29-Código CEO 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- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1	Samuel
2- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	25	DM	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1	Samuel
3- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1	Samuel
4- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
5- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
6- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
7- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
8- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
9- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
10- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
11- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
12- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
13- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
14- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											
15- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1	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 2 3 7 0 0	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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário 1 1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1 Cirurgiã-dentista	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 1 1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1 Sarah Cristina Vieira Coelho Cirurgiã-dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 8 / 1 0 3 / 1 2 0 1 Samuel
--	---	---

CRO-SC 18380

CRO-SC 18380