

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/5 4-Data de Autorização 12/6/11 11/2/5 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14654252 7-Data Validade da Senha 12/4/10 11/2/6

2557056
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020251249890000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 13-Nome HAIKA ANANDA RAMLOW VIEIRA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano EDUARDO JOSE VIEIRA

08/05/2004

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante STEFANNY CARVALHO DOS SANTOS

18-Número no CRO 24857 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante APICE ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO 24857 24-UF SC 25-Código CNES 5885914

26-Nome do Profissional Executante STEFANNY CARVALHO DOS SANTOS 27-Número no CRO 24857 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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			12/12/12		HA. R. Vieira
2-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	1	53,00	0,00			12/12/12		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão 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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	567,00	0,00								

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 e 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: Ato 85200158 Necessário anexar radiografia no site para autorização Ato 85200158 Necessário anexar radiografia no site para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/12/12 12/12/12 12/12/12 12/12/12
Dra. Stefanny Carvalha dos Santos
CRO - SC: 24857
Haika Amanda Ramlow Vieira