

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

292983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 21/12/10	4-Data de Autorização 12/8/10 21/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7435526	7-Data Validade da Sentença 12/7/10 5/12/10
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202511696200002401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO		14-Telefone (11) 11111111	
13-Nome AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO		19/08/1965		15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO		18-Número no CRO 18380		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09122885796011		22-Nome do Contratado Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO		23-Número no CRO 18380		24-UF SC		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional 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- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6 1	0 0	0 0 0	S	12/8/10 21/12/10		Assinatura										
2- 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	6 1	0 0	0 0 0	S	12/8/10 21/12/10		Assinatura										
3-																						
4-																						
5-																						
6-																						
7-																						
8-																						
9-																						
10-																						
11-																						
12-																						
13-																						
14-																						
15-																						

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/7/10 21/12/10	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 112100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10100
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 21/8/10 21/12/10 Cirurgião-dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/8/10 21/12/10 Cirurgião-dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/8/10 21/12/10
--	--	---

CRO-SC 18380

CRO-SC 18380