

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



297067
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/15/10 3/1/2 0 1	4-Data de Autorização 10/16/10 3/1/2 0 1	5-Senhã AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7457610	7-Data Validade da Senhã 10/3/10 6/12 0 1
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 1 5 1 1 6 3 3 5 0 0 0 0 7 0 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
ANA CAROLINA BENNACK GONCALVES DE OLIVEI

22/05/2003

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABIANE CRISTINA GONCALVES

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
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10 9 2 2 8 8 5 7 9 1 6 0

22-Nome do Contratado Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

23-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

27-Número no CRO

18380

28-UF

SC

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 1 0 1 8 1 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	3 4 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
2-0 1 0 1 8 4 1 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
3-0 1 0 1 8 4 1 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
4-0 1 0 1 8 4 1 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
5-0 1 0 1 8 4 1 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
6-0 1 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37 O	1	1	1	6 1 1 0 0	0,10	0,10	S	06/10 3/1 2 0	Solo
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento

10/16/10 3/1 2 0

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

2 3 5 1 0 0

47-Valor Total R\$

0 1 0 1 0 1

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0 1 0 1 0 1

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

Sarah Cristina Vieira Coelho

50-Data, local e Assinatura
10/16/10 3/1 2 0 Sarah Cristina Vieira Coelho

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/16/10 3/1 2 0 Sarah G. de Oliveira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/16/10 3/1 2 0

CRO-SC-18380