

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012 11:20	5-Sanha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7438059	7-Data Validade da Sanha 12/08/2012 11:20
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

293356
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0101202524143940000802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA ACESSORIOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALEXANDRE SALTER	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RAQUEL BELARMINO SALTER
-----------------------------	------------------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09228857960111	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 CEO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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	8	1	0	0	0	6	5			
CONSULTA ODONTOLÓGICA													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/2012 11:20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 010101	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2012 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012 11:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2012 11:20
---	---	---	---

Sarah Cristina Vieira Coelho
Cirurgiã-Dentista
CRO-SC 18380

Sarah Cristina Vieira Coelho
Cirurgiã-Dentista
CRO-SC 18380

Sarah Cristina Vieira Coelho
Cirurgiã-Dentista
CRO-SC 18380

Sarah Cristina Vieira Coelho
Cirurgiã-Dentista
CRO-SC 18380