

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 15/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14358363	7-Data Validade da Senha 10/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

2461094
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202512371770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa 58312052 TAYNNA DA SILVA ALVES
--

11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507342030212
-------------------------------------	--

13-Nome
TAYNNA DA SILVA ALVES PAES

30/12/1999

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano
TAYNNA DA SILVA ALVES PAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREIA DOROTEU DANTAS
--------------------------	---

18-Número no CRO 30100	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 5638783800013341	22-Nome do Contratado Executante FSN ODONTOLOGIA LTDA
---	--

23-Número no CRO 30100	24-UF PR	25-Código CNES 9568166
---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante
ANDREIA DOROTEU DANTAS

27-Número no CRO 30100	28-UF PR	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				03/10/2015		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		144,00				03/10/2015		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 Solicitante 03/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2015
---	---	---	---

Dra. Andreia Doroteu Dantas
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-PR 30100

Dra. Andreia Doroteu Dantas
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-PR 30100

FSN ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ: 56.387.838/0001-34