



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 400414	3-Dia de Emissão do Guia 06/10/2014	4-Dia de Autorização 11/10/2014	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12808616	7-Dia Validade da Série 10/11/2014
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

1980391
INTERCÂMBIO

8-Data de Benefício 01/02/2015	9-Data de Validade do Guia 07/08/2015	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 01/01/2015	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 01/01/2015
-----------------------------------	--	---------------------------------	--	---

13-Nome ANDRE DOS SANTOS	14-Data de Validade do Guia 27/02/1985	15-Data de Validade do Plano ANDRE DOS SANTOS
-----------------------------	---	--

16-Adesão ao Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante AGOSTINHO ESPINOLA NETO	18-Número no CRO 31503	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12817969116800	22-Nome do Corretador Esacurante AGOSTINHO ESPINOLA NETO	23-Número no CRO 31503	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100216 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Esacurante AGOSTINHO ESPINOLA NETO	27-Número no CRO 31503	28-UF PR	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Fratura/Codificação R5	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Sinalatura
1-0	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,10	1	1	1	1	1
2-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	4,4	10,10	1	1	1	1	1
3-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PV	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
4-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
5-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
6-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMV	1	12,2	10,10	1	1	1	1	1
7-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,1	10,10	1	1	1	1	1
8-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	17	PV	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
9-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VP	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
10-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,1	10,10	1	1	1	1	1
11-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VO	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
12-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VO	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
13-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6,1	10,10	1	1	1	1	1
14-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	8,8	10,10	1	1	1	1	1
15-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA			1							

43-Data Final do Tratamento 01/10/2014	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 1187,10	47-Válor Total R\$ 10,10	48-Total Fratura / Codificação R5 1
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)am realizado(s) com meu consentimento e de forma estatística. Autorizo 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 Corretador Solicitante 01/01/2015	51-Data, local e Assinatura do Corretador-Orientador 01/01/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/01/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/01/2015
---	--	---	---

Agostinho Espinola Neto
CRO 31503