

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

297068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 3 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 0 6 / 0 3 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7457615	7-Data Validade da Senha 0 3 / 0 6 / 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
BRITANIA ELETRODOMESTICOS SA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 1 6 3 3 5 0 0 0 0 7 0 0 4

13-Nome
MATHEUS HENRIQUE BENNACK DE OLIVEIRA

29/06/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
FABIANE CRISTINA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

18-Número no CRO
18380

19-UF
SC

20-Código CBO S

21-UF
SC

22-UF
SC

23-Código CNES

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

23-Número no CRO
18380

24-UF
SC

25-Código CBO S

26-UF
SC

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante

29-Nome do Profissional Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

30-Quantidade US

31-Quantidade US

32-Quantidade US

33-Quantidade US

34-Quantidade US

35-Quantidade US

36-Quantidade US

37-Quantidade US

38-Quantidade US

39-Quantidade US

40-Quantidade US

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
1-10	0 8 1 1 0 0 0 0 6 1 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3 4 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
2-10	0 8 1 4 0 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
3-10	0 8 1 4 0 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
4-10	0 8 1 4 0 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
5-10	0 8 1 4 0 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
6-10											
7-10											
8-10											
9-10											
10-10											
11-10											
12-10											
13-10											
14-10											
15-10											
43-Data Previsão Término do Tratamento	0 6 / 0 3 / 1 2 0 1	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação
							1 1 7 4 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	

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

Sarah Cristina Vieira Coelho

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 6 / 1 0 1 3 / 1 2 0 1 CRO-SC 18380

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 6 / 1 0 1 3 / 1 2 0 1 CRO-SC 18380

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
0 6 / 1 0 1 3 / 1 2 0 1 Fabiane G. A. Oliveira

53-Data, local e Carimbo de Empresa