

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

303132
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490484	7-Data Validade da Senha 16/06/2016
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202524439400012201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA ACESSORIOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIRIAM DUARTE BIAZIN	03/06/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MIRIAM DUARTE BIAZIN	

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 09228857960	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 CBO S

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
1-01018110100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			18/03/2018	Miriam
2-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			18/03/2018	Miriam
3-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			18/03/2018	Miriam
4-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			18/03/2018	Miriam
5-010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			18/03/2018	Miriam
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/03/2018	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 174,00	47-Valor Total R\$	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), 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 18/03/2018 Cirurgião-dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/2018 Cirurgião-dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2018 Miriam Duarte Biazin	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------