



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}

Tratamento para vida melhor



429678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11/11/201	4-Data de Autorização 01/11/12/12/01	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8097566	7-Data Validade da Guia 12/15/10/12/12/11						
8-Número da Carteira 0101201215017110150102338021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome VINICIUS EDUARDO MEIZ GOETZ	14-Atendimento a RN N	15-Nome do titular do plano VALDIRENE MEIZ	16-Atendimento a RN BARBARA STACHERA	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197						
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01654013691911	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Data Validade da Carteira 03/04/2001	22-Nome do Contratado, Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR						
25-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	26-UF PR	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S	30-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura						
31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
2-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
3-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
4-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
5-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
6-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
7-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
8-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
9-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
10-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
11-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
12-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
13-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
14-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
15-01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61100	1010	1010	1010	1010	1010	
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$
11/11/11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	112121010	101010	101010	101010	101010	101010	101010	101010	101010

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/3/11/12/1201

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/3/11/12/1201

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
10/3/11/12/1201 Vinicius Meiz

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11/11/11