

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 11/01/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7433287	7-Data Validade da Senha 12/06/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

292549
INTERCÂMBIO

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 000202511633500064703

Dados do Contratado

13-Nome
MARLON ADALBERTO KREUTZ

18/01/2002

14-Telefone
(11) 92151410229

15-Nome do titular do plano
ADELIR JOSE GOMES KREUTZ

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 / ONPJ / CPF
092288579160111

22-Nome do Contratado Executante
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO

23-Número no CRO
18380

24-UF
SC

25-Código CNFS

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
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00			10/03/2013	Marlon
2-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD	1	1	35,00	0,00			10/03/2013	Marlon
3-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE	1	1	35,00	0,00			10/03/2013	Marlon
4-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE	1	1	35,00	0,00			10/03/2013	Marlon
5-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID	1	1	35,00	0,00			10/03/2013	Marlon
6-1											Marlon
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

16-1											
17-1											
18-1											
19-1											
20-1											
21-1											
22-1											
23-1											
24-1											
25-1											
26-1											
27-1											
28-1											
29-1											
30-1											
31-1											
32-1											
33-1											
34-1											
35-1											
36-1											
37-1											
38-1											
39-1											
40-1											
41-1											
42-1											
43-1											
44-1											
45-1											
46-1											
47-1											
48-1											
49-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/2013	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 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 10/03/2013 Sarah Cristina Vieira Coelho Cirurgiã-dentista CRO-SC 18380	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 10/03/2013 Sarah Cristina Vieira Coelho Cirurgiã-dentista CRO-SC 18380	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2013 Marlon	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2013
--	--	---	---