



Intelligente para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

292993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/02/2012	4-Data de Autorização 28/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7435652	7-Data Validade da Senha 27/05/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511696200002401					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Data 19/08/1965					
11-Data Validade da Carteira					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO					
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO					
16-Atendimento a RN					
17-Nome do Profissional Solicitante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO					
18-Número no CRO 18380					
19-UF SC					
20-Código CBO S					
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					
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					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
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), 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

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

12/11/2012 12:00h

Sarah Cristina Vieira Coelho

CRO-SC 18380

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/2012 12:00h

Sarah Cristina Vieira Coelho

Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/2012 12:00h

Avanil Miguel Fialho Filho

Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/11/2012 12:00h

Sarah Cristina Vieira Coelho

Cirurgião-Dentista