

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

297625
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 03/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7462574	7-Data Validade da Sanha 10/04/10 16/12 01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 05/11/09 06/20 00 00 02 40 11	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA ELETRONICOS S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome

AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO	14-Telefone (111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano AVANIL MIGUEL FIALHO FILHO
----------------------------	--------------------------------	---

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

09/9222885796011111	22-Nome do Contratado Executante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	23-Número no CRO 18380	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
---------------------	--	---------------------------	-------------	--

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
1-01018511001961		RESTAURAÇÃO RESINA	35	M	1	61,00	0,00			10/03/12	Ana
2-01018511002001		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00			10/03/12	Ana
3-11111111111111											
4-11111111111111											
5-11111111111111											
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/13 1/12 19	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1149,00	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), 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 Cirurgião-Dentista 10/10/13 Sarah Cristina Vieira Coelho Cirurgiã-dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/13 1/12 19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/13 1/12 19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/13 1/12 19
---	---	---	---

CRO-SC 18380

CRO-SC 18380