

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

303126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 8 / 1 0 / 3 1 / 2 0 1	4-Data de Autorização 1 1 8 / 1 0 / 3 1 / 2 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490482	7-Data Validade da Sentença 1 1 6 / 1 0 / 6 1 / 2 0 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 4 3 9 4 0 0 0 1 2 2 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA ACESSORIOS	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

LEONARDO BIAZIN	14-Telefone () / / - / /	15-Nome do titular do plano MIRIAM DUARTE BIAZIN
-----------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento 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

0 9 1 2 2 8 8 5 7 9 6 0 1 1	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
1-0 0 1 8 1 1 0 0 0 0 1 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	3 4 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	1 1 8 / 1 0 / 1 3	1 2 0 1
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	74	D	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	1 1 8 / 1 0 / 1 3	1 2 0 1
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	75	M	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	1 1 8 / 1 0 / 1 3	1 2 0 1
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 8 / 1 0 / 3 1 / 2 0 1	44-Tipo de Alendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 5 1 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 0 0
---	--	---	---	---------------------------------	--

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 Contratado Responsável 1 1 8 / 1 0 / 1 3 / 1 2 0 1 SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO Cirurgiã-dentista	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 8 / 1 0 / 1 3 / 1 2 0 1 MIRIAM DUARTE BIAZIN Cirurgiã-dentista	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 1 1 8 / 1 0 / 1 3 / 1 2 0 1 MIRIAM DUARTE BIAZIN Cirurgiã-dentista	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 1 8 / 1 0 / 1 3 / 1 2 0 1
---	---	--	--