



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2014	4-Data de Autorização 12/07/2014	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517683	7-Data Validade da Sineta 11/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010120202528284210000131021		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOMINIO DO ASPEN PARK	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA APARECIDA DUTRA DA SILVA ZAMPIERI		14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADALTO CAMILO ZAMPIERI
--	--	------------------------------	---

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES	18-Número no CRO 25066	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0144917151259317	22-Nome do Contratado Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES	23-Número no CRO 25066	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (0) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES	27-Número no CRO 25066	28-UF PR	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
1-0001851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VM	1	1	88,00	0,00	0,00	11/20	11/20	S.Maria
2-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/20	11/20	S.Maria
3-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/20	11/20	S.Maria
4-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	1	61,00	0,00	0,00	11/20	11/20	S.Maria
5-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 271,00	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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2014 Bruna Maria Badan Rodrigues	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2014 S.Maria	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 S.Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------