



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

1577461
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 18/10/2013	4-Data de Autorização 25/10/2013	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11578753	7-Data Validade da Serção 16/11/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202552017100007301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HOSPITAL DE CARIDADE SAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome SIRLENE MARIA TASCA		14-Telefone 12/11/1981	15-Nome do titular do plano SIRLENE MARIA TASCA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA MAKUCH	18-Número no CRO 34479	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09895835973	22-Nome do Contratado Executante BARBARA MAKUCH	23-Número no CRO 34479	24-UF PR	25-Código CNES (1) 85100218	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante BARBARA MAKUCH		27-Número no CRO 34479	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 10018511002118	31-Código do Procedimento	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Raio 21	34-Face VMP	35-Qtd 1	36-Quantidade US 12200	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 000	39-Ant S	40-Data de Realização 25/10/2013	41-Notivo da Glor S
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 12200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000	

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(ram) 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 25/10/2013 Barbara Makuch Cirurgião-Dentista CRO - 34479	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2013 Sirlene Maria Tasc 53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

conduzido