



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

310282
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2015 11:20	4-Data de Autorização 05/05/2015 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7541617	7-Data Validade da Senha 01/02/2018 11:20
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira	11-Data Validação da Carteira		
0 0 2 0 2 5 2 9 4 1 7 9 0 0 0 3 2 0 3	11-Data Validação da Carteira		
9-Plano		15-Nome do titular do plano	
POS REDE PRESTADORA		GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA	
13-Nome		14-Telefone	
JULIA OLIVEIRA ROTTER		()	
16/02/2016			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		ANDERSON COUTINHO FELICIO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante							
12 7 7 1 3 1 3 1 2 8 1 8		ANDERSON COUTINHO FELICIO							
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO							
ANDERSON COUTINHO FELICIO		14941							
18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -			
14941		SC				Faturar Empresa			
23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES		Enviar - RX			
14941		SC				(I) 83000151-85			
28-UF		29-Código CBO S							
SC									

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 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S	16/10/15		Sapiruca			
2-	0 0 8 3 0 0 0 1 5 1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	85		1	2 1 2 0 0	0 0 0	0 0 0	S			x			
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S			x			
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S			x			
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S			x			
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	S			x			
7 -															
8 -															
9 -															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Orodontia 4- Urgência/Emergência

46-Total Quantidade US

517,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

10,00

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 previstos em contrato.

48-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/06/2015	11/06/2015	11/06/2015	11/06/2015