



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



316134
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/2015 11:20	4-Data de Autorização 12/16/2015 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7586034	7-Data Validade da Sentença 12/01/2018 11:20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202511158290000066011	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome REGINALDO DAS NEVES					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano REGINALDO DAS NEVES					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO					
18-Número no CRO 14941					
19-UF SC					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12711323281811					
22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO					
23-Número no CRO 14941					
24-UF SC					
25-Código CNES (I) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO					
27-Número no CRO 14941					
28-UF SC					
29-Código CBO S (I) 85100200					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RNI		17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
12 7 7 1 3 2 2 8 1 8 1													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 11847,00	47-Valor Total R\$ 11847,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11847,00
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2016	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2016	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2016
--	---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral
CRO-SC 14.943