

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



356143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2018	4-Data de Autorização 11/04/2018	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784492	7-Data Validade da Sineta 11/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202520199300009402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 8	11-Data Validade da Carteira 11/11/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome HUGO MESQUITA DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 3261315600	15-Nome do titular do plano NATANAEL ALMEIDA DE OLIVEIRA
--------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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	25-Código CNES 24-UF SC	25-Código CNES	26-Data de Realização 39-Aut 39/11/2018	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------	----------------	---	----------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/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
1-00184000090	1	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	1	1	1	72,00	0,00	0,00	1	11/11/2018	42-Assinatura
2-1											
3-1											
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 11/11/2018	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 1172,00	47-Valor Total R\$ 1172,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1172,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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), 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.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2018	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/2018	54-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/2018
---	---	---	---	---