

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



452119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8188407		7-Data Validade da Senha 11/12/10 14/11/21	
8-Número da Carteira 1002020251158290000058011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIANO FRANCISCO DA SILVA		24/09/1986		14-Teléfono (111) 1111111111		15-Nome do titular do plano CLAUDIANO FRANCISCO DA SILVA			
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1271713232818111		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		Faturar Empresa	

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
1-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
2-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
3-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
4-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
5-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
6-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
7-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
8-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
9-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
10-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
11-0000840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
12-0000840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
13-0000840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
14-0000840001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00	0,00	1	23/10/11	eladano
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 750,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/10/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/10/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/10/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Anderson C. Felicio Cirurgião Dentista
---	---	---	--