

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

441940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 1 2 / 1 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 1 1 2 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150393	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 3 / 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 7 9 0 4 2 0 0 0 1 6 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROTECAR HIGIENIZACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHEL SILVA LISBOA	14-Telefone () 3 0 2 1 1 4 2 9 7	15-Nome do titular do plano MICHEL SILVA LISBOA		

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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 7 1 1 3 1 2 3 2 1 8 1 8	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- Dentar/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 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	17/11/2020	Dr. Anderson Coutinho Felício
2- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	17/11/2020	Dr. Anderson Coutinho Felício
3- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	17/11/2020	Dr. Anderson Coutinho Felício
4- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	17/11/2020	Dr. Anderson Coutinho Felício
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 4 0 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---	-------------------------------	--

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.

49-Observação

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/11 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Clínico Geral CRO-SC 14.941
--	--	--	---