

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

457231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011 12:11	4-Data de Autorização 12/01/01 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8210908	7-Data Validade da Senha 11/09/04 11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202509784001044701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO CARLOS MULLER	13-Data 03/06/1987	14-Telefone (147) 333441384	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano DIEGO CARLOS MULLER

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27713232818	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-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
1-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/01/12	<i>[Assinatura]</i>
2-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/01/12	<i>[Assinatura]</i>
3-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/01/12	<i>[Assinatura]</i>
4-01018140001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/01/12	<i>[Assinatura]</i>
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 11/11/11	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 1410,00	47-Valor Total R\$	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), 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 20/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/12
---	---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clinica Geral
 CRO-SC 14.941