

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



336596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2017 11:20	4-Data de Autorização 11/03/2017 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692755	7-Data Validade da Senha 10/17/2017 11:20
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020205115829000041021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GLAUCIA CARVALHO MARINHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CAYO HENRIQUE CASTELO BERTOZZI
-------------------------------------	------------------------------	---

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-UF SC	22-UF SC	23-UF SC	24-UF SC	25-UF SC	26-UF SC	27-UF SC	28-UF SC	29-UF SC	30-UF SC	31-UF SC	32-UF SC	33-UF SC	34-UF SC	35-UF SC	36-UF SC	37-UF SC	38-UF SC	39-UF SC	40-UF SC	41-UF SC	42-UF SC	43-UF SC	44-UF SC	45-UF SC	46-UF SC	47-UF SC	48-UF SC	49-UF SC	50-UF SC
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1217113123281811	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-Número no CRO 14941	25-Número no CRO 14941	26-Número no CRO 14941	27-Número no CRO 14941	28-Número no CRO 14941	29-Número no CRO 14941	30-Número no CRO 14941	31-Número no CRO 14941	32-Número no CRO 14941	33-Número no CRO 14941	34-Número no CRO 14941	35-Número no CRO 14941	36-Número no CRO 14941	37-Número no CRO 14941	38-Número no CRO 14941	39-Número no CRO 14941	40-Número no CRO 14941	41-Número no CRO 14941	42-Número no CRO 14941	43-Número no CRO 14941	44-Número no CRO 14941	45-Número no CRO 14941	46-Número no CRO 14941	47-Número no CRO 14941	48-Número no CRO 14941	49-Número no CRO 14941	50-Número no CRO 14941
---	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-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	000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00	0,00	1	25/07/2017	[Assinatura]
2	000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	25/07/2017	[Assinatura]
3	000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	1	25/07/2017	[Assinatura]
4	000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	1	25/07/2017	[Assinatura]
5	000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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 Quantitativo US 11714,00	47-Valor Total R\$ 11714,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/07/2017 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/2017 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2017 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/07/2017 [Carimbo]
--	--	--	---