

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8131660	7-Data Validade da Senha 10/09/10 03/12/11	437700 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0101202512020203000000000004011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional do Saúde	
13-Nome ANDRESSA MARINA PORTES		14-Telefone () / / / / / /	15-Nome do titular do plano ANDRESSA MARINA PORTES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento 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 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										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
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	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	1	61,00	0,00	0,00	S	16/12/10	glosa	S	16/12/10	glosa
2-0001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	1	61,00	0,00	0,00	S	16/12/10	glosa	S	16/12/10	glosa
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento / / / / / /	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 1122100	47-Valor Total R\$ 1101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1101010
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 11/01/11 18/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/01/11 18/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 18/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11 18/12/10 Dr. Anderson C. Felicio Clínico Geral CRO SC 4-1-242
---------------	--	--	--	--