



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



300639
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7478311

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
14/10/3

Missão da Gula

	3-Data d
	11

-Registro ANS
406414

Nº do Beneficiário													Nº da Carteira													Data Validade da Carteira													Número do Cartão Nacional de Saúde												
0 0 2 0 2 5 2 5 9 7 0 5 0 0 0 0 0 1 0 2													10-Plano													10-Empresa																									
POS REDE PRESTADORA													REDIVO CONTADORES																																						

3-Name	JOSIANE NICHETTE REDIVO
04/12/1964	
14-Téléphone	() - - - - - J - - - - -
15-Maison du titulaire du plan	ANTHA REDIVO

6-Medline:		18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	025 -

22-Nome do Contratado Exequente ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-JF SC	25-Código CNES (I) 85100218
---	----------------------------------	--------------------	---------------------------------------

ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
Número de Transmissão / Princípios em Solicitação				

32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Atividade
CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3,4	0,0		11/09/2012		
1-1-0-0-0-0-8-1-1-0-0-0-0-3-0-1			1	1	3,4	0,0		11/09/2012		
1-1-0-0-0-0-8-1-1-0-0-0-0-3-0-1			1	1	3,4	0,0		11/09/2012		

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

12

13

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Oncodirigia 4-Urgência/Emergência ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	9 9 4 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0

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) 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.

19-Observação

5ª - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	23/10/2012	1
6ª - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	23/10/2012	1
52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	09/10/2012	1
53 - Data, local e Carimbo na Empresa	09/10/2012	1

Dr. André Noni C. Piffard
 Clínica Geral
 CRB-SC 4.042

Dr. Arif Rahman C. Polio
Gimko Gsral
PBL-SC 1A 200