

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

471111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8045019	7-Data Validade da Senha 09/10/12 12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202520203000000005011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEILLA BISPO DA SILVA DE SOUZA	14-Telefone 07/03/1987	15-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
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
1-000851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	11/11/11
2-000851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8	8,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	11/11/11
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 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 1114910101	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(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 11/11/11 11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11 11/11
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11	56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11
---	---	---	---