

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



452789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/10 11/12/11	4-Data de Autorização 11/04/10 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191369	7-Data Validade da Senha 11/03/10 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 000202025036926000047011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUVI COMERCIAL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
--	--------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALEXANDRE FERNANDES DA SILVA	14-Telefone (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE FERNANDES DA SILVA
---	--------------------------------	---

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 217713232818	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-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/04/10	11/12/11	afide
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/04/10	11/12/11	afide
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/04/10	11/12/11	afide
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/04/10	11/12/11	afide
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140101010	47-Valor Total R\$ 1140101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1140101010
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

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 11/04/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/10 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/10 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/10 11/12/11
--	--	--	--

Dr. Anderson C. Coutinho
Clínico Geral
CRO-SC 49.971