



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

343582
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2017	4-Data de Autorização 23/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7724704	7-Data Validade da Senha 20/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 2 0 1 9 9 4 0 0 0 0 7 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name JONATHAN DE OLIVEIRA CARDOSO	10/04/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JONATHAN DE OLIVEIRA CARDOSO	

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 127713232181811	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-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					
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,00	0,00		19/08/20	Henrique					
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,00	0,00		19/08/20	Henrique					
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,500	0,00	0,00		19/08/20	Henrique					
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,500	0,00	0,00		19/08/20	Henrique					
5-00	081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,000	0,00	0,00		19/08/20	Henrique					
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
10-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
11-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
12-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
13-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
14-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,000	0,00	0,00		03/08/20	Henrique					
15																
43-Data Previsão Término do Tratamento							44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
											703,00		10,00			

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(ram) 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 previstos em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
10/3/1006/11/2010	10/3/1006/11/2010	10/3/1006/11/2010	10/3/1006/11/2010

CRO-SC 14.94%