

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

328416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2016 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7654822	7-Data Validade da Senha 12/11/2019 12:00
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202512019194000072011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name CRISTIAN JAVIER CRISTANI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CRISTIAN JAVIER CRISTANI		

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232811811	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (0) 81000421-
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
1-01018110004211	RX PERIAPICAL	RMSE			1	14,00	0,00	0,00	S	16/10/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2016 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2016 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2016 11:20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2016 11:20
---	---	---	---

Dr. Anderson C. Cristani
Clínico Geral
CRO-SC 14.941