

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

486466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 10/11/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337809	7-Data Validade da Senha 12/05/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202152021030000000401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA MARINA PORTES	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDRESSA MARINA PORTES
-----------------------------------	-------------------------------	---

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 12171132321818	22-Nome do Contratado Excitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Excitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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
1-0001841000198	1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	0,00	0,00	1	10/11/2013		
2-0001841000198	1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	0,00	0,00	1	10/11/2013		
3-0001841000198	1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	0,00	0,00	1	10/11/2013		
4-0001841000198	1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	0,00	0,00	1	10/11/2013		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 1140,00	47-Valor Total R\$ 1140,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1140,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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), 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 10/11/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2013
---	---	---	---

Dr. Anderson Coutinho Felício
 Clínico Geral
 CRO-SC 14.941