

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



339701
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7707182	7-Data Validade da Senha 11/3/11 10/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202511158290000054011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ANTONIO CARLOS CORDEIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS CORDEIRO		

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 12771132328118111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (0) 81000421-RII
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
1-010181101004211		RX PERIAPICAL	RII		1	14100	0,14100	0,14100	SI	18/10/11	20	Antonio
2-1												
3-1												
4-1												
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 11/11/11/11/11	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 114100	47-Valor Total R\$ 114100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 114100
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/11/20 Antonio C.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/11/20
--	--	---	--