

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

345039
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 12/04/2017 12:01	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7732945	7- Data Validade da Senha 12/01/2017 12:01
---------------------------	--	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10- Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9		11- Data Validade da Carteira 12/01/2017 12:01	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
8- Número da Carteira 010120252019940000079011		9- Plano POS REDE PRESTADORA		15- Nome do titular do plano NATANAEL DOS SANTOS MAIA	
13- Nome NATANAEL DOS SANTOS MAIA		21- Data de Nascimento 21/01/1982		14- Telefone (11) 11111111	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18- Número no CRO 14941		19- UF SC	20- Código CBO S 025 -
16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421-RPSE (0) 81000421-	
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 121711323281811111		22- Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		23- Número no CRO 14941	
26- Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		27- Número no CRO 14941		24- UF SC	
				28- UF SC	
				29- Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30- Tabela	31- Código do Procedimento										
1- 010181010421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14100	011010101	011010101	011010101	13/08/20		Anderson
2- 010181010421	RX PERIAPICAL	1	1	1	14100	011010101	011010101	011010101	13/08/20		Anderson
3- 111111111111											
4- 111111111111											
5- 111111111111											
6- 111111111111											
7- 111111111111											
8- 111111111111											
9- 111111111111											
10- 111111111111											
11- 111111111111											
12- 111111111111											
13- 111111111111											
14- 111111111111											
15- 111111111111											

43- Data Previsão Término do Tratamento 11/11/111111	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 1111112810101	47- Valor Total R\$ 111111010101	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111111
---	--	---	--	-------------------------------------	--

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.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/13/1008/1120	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/1008/1120	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/1008/1120	53- Data, local e Carimbo da Empresa 11/13/1008/1120
---	---	---	---