

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



337056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2017 11:20	4-Data de Autorização 11/01/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695294	7-Data Validade da Senha 07/11/2017 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215115829000054011	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 de Saúde
13-Nome ANTONIO CARLOS CORDEIRO	17/07/1974	14-Telefone (11) 1111-1111	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 121711312328118111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-14
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- 010852001616		TRATAMENTO ENDODONTICO	14		1	112581001		010101	S	11/07/2017	Antonio
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112581001	47-Valor Total R\$ 11010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
---	---	---	-------------------------------------	--------------------------------	---

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.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2017 11:20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2017 11:20 Antonio C	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2017 11:20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato Dr. Anderson C. Felicio Clínica Gerai CRO-SC 14.943
---	---	--	---