

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

486452
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 8337754	7-Data Validade da Senha 12/11/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00020202520119940000072011	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-Nome CRISTIAN JAVIER CRISTANI	14-Telefone () - - - - -	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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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
1-0008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	1	10/11/2013	[Assinatura]
2-0008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	1	10/11/2013	[Assinatura]
3-0008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	1	10/11/2013	[Assinatura]
4-0008400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	1	10/11/2013	[Assinatura]
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											

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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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 pagar em 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 C. Felício
 Clínico Geral
 CRO-SC 14.941