

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

523493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8483377	7-Data Validade da Senha 13/07/2011
Dados do Beneficiário				
8-Número de Carteira 002020252597050000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDIVO CONTADORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDOMIRO JOAO REDIVO	24/11/1958	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMANTHA REDIVO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO				

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	32-Descrição											
1-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	15/04/2011
2-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	15/04/2011
3-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	15/04/2011
4-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	15/04/2011
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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), 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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/04/2011		