

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
14/10/2019

4-Data de Autorização
12/10/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7867132

7-Data Validade da Senha
13/11/2020

374468
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025272200000000301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INDUSTRIA E COMERCIO DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
BEATRIZ MORAWSKI

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
BEATRIZ MORAWSKI

20-Código CBO S
14941

24-UF
SC

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO
14941

25-Código CNES
SC

26-UF
SC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
127713232818

27-Número no CRO
14941

28-UF
SC

29-Código CBO S

33-Quantidade US
61000

34-Face
O

35-Qtd
1

36-Quantidade US
61000

37-Valor
0,00

25-Nome do Profissional Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

33-Quantidade US
61000

34-Face
O

35-Qtd
1

36-Quantidade US
61000

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
30/10/2019

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
Busting

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-0008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	61000	0,00	0,00	S	30/10/2019	Busting
2-0008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	1	61000	0,00	0,00	S	30/10/2019	Busting
3-0008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	61000	0,00	0,00	S	30/10/2019	Busting
4-0008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	1	61000	0,00	0,00	S	16/10/2019	Busting
5-0008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	1	61000	0,00	0,00	S	16/10/2019	Busting
6-0008511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	1	81800	0,00	0,00	S	16/10/2019	Busting
7-0008110004211	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14000	0,00	0,00	0,00	S	30/11/2019	Busting
8-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35000	0,00	0,00	0,00	S	22/10/2019	Busting
9-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35000	0,00	0,00	0,00	S	22/10/2019	Busting
10-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35000	0,00	0,00	0,00	S	22/10/2019	Busting
11-000840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35000	0,00	0,00	0,00	S	22/10/2019	Busting
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo do Faturamento

46-Tipo de Faturamento

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 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Anderson Coutinho