

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

475218
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/2/10 5/1/21

6-Número da Guia Principal
8292396

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/2/10 2/1/21

3-Data de Emissão da Guia
11/1/10 2/1/21

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202520202030000000501

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KEILLA BISPO DA SILVA DE SOUZA

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
KEILLA BISPO DA SILVA DE SOUZA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1277113123281811

22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO
14941

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

27-Número no CRO
14941

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Valor

32-Franchisa/Co-participação R\$

33-Aut

34-Data de Realização

35-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/11/10	10/11/10
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
6-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
7-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
8-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
9-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
10-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
11-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
12-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
13-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
14-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										
15-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO										

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/1/11/1/11

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
114101010

47-Valor Total R\$

48-Total Franchisa / 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), 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
10/11/10 3/1/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
10/11/10 3/1/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/10 3/1/10