

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



344342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 17/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7728614	7-Data Validade da Sentença 12/1/11 10/12/10
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125201199404000079011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATANAEL DOS SANTOS MAIA	21/01/1982	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano NATANAEL DOS SANTOS MAIA	

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	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (0) 81000421-RIS
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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101810001421		RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00		13/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114,00	47-Valor Total RS 114,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 114,00
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 13/10/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/20
---	---	---	---

Dr. Anderson L. Felicio
Clínico Geral
CRO SC 44.943