

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

478075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 7 1 0 2 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302461	7-Data Validade da Senha 1 1 8 1 0 5 1 2 1 1
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa REDIVO CONTADORES		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 2 5 9 7 0 5 0 0 0 1 0 3 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome MAXIMILIANO REDIVO		14-Teléfono (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15-Nome do titular do plano SAMANTHA REDIVO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S	25-Código CNES	24-UF SC	29-Código CBO S	28-UF SC	27-Número no CRO 14941	23-Número no CRO 14941	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 1 7 1 1 3 1 2 3 1 2 8 1 8 1 1 1 1 1 1	26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO
---	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-------------	-----------------	-------------	---------------------------	---------------------------	---	--	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														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	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US							
1-000184000198											PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1		35,00		0,00		S	17/10/21	
2-000184000198											PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1		35,00		0,00		S	17/10/21	
3-000184000198											PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1		35,00		0,00		S	17/10/21	
4-000184000198											PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1		35,00		0,00		S	17/10/21	
5-111111111111																						
6-111111111111																						
7-111111111111																						
8-111111111111																						
9-111111111111																						
10-111111111111																						
11-111111111111																						
12-111111111111																						
13-111111111111																						
14-111111111111																						
15-111111111111																						

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46-Total Quantidade US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	47-Valor Total R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
---	---	---	---	---	--

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 1 1 3 1 0 2 1 1 9 1	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 3 1 0 2 1 1 2 1 1	52-Data, local e Carimbo de Empresa 1 1 3 1 0 2 1 1 2 1 1
---------------	--	--	--