



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



306714
INTERCAMBIO

1-Registo ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia

11/04/2014

4-Dia de Autorização

17/04/2014

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7514499

7-Dia Validade da Senha

15/07/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202527880200065011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

PASQUINI PASQUINI CONFECOES

11-Dia Validade da Carteira

11/07/2014

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

BRUNO LEONARDO COSTA PESSOA

21/11/1979

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do Titular do Plano

BRUNO LEONARDO COSTA PESSOA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

ANDERSON COUTINHO FELICIO

17-Nome do Profissional Solicitante

ANDERSON COUTINHO FELICIO

18-Número no CRO

14941

19-UF

SC

20-Código CBO S

SC

21-Número no CRO

14941

22-UF

SC

23-Código CNES

SC

24-Código CBO S

SC

25-Código CNES

SC

26-Código CBO S

SC

27-UF

SC

28-Código CNES

SC

29-Código CBO S

SC

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

127713232818

22-Nome do Contratado Executante

ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO

14941

24-UF

SC

25-Código CNES

SC

26-Código CBO S

SC

27-UF

SC

28-Código CNES

SC

29-Código CBO S

SC

30-UF

SC

31-Código CNES

SC

32-Código CBO S

SC

33-UF

SC

34-Código CNES

SC

35-Código CBO S

SC

25-Nome do Profissional Executante

ANDERSON COUTINHO FELICIO

26-Número no CRO

14941

27-UF

SC

28-Código CNES

SC

29-Código CBO S

SC

30-UF

SC

31-Código CNES

SC

32-Código CBO S

SC

33-UF

SC

34-Código CNES

SC

35-Código CBO S

SC

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
16-0												
17-0												
18-0												
19-0												
20-0												
21-0												
22-0												
23-0												
24-0												
25-0												
26-0												
27-0												
28-0												
29-0												
30-0												
31-0												
32-0												
33-0												
34-0												
35-0												
36-0												
37-0												
38-0												
39-0												
40-0												
41-0												
42-0												
43-0												
44-0												
45-0												
46-0												
47-0												
48-0												
49-0												
50-0												
51-0												
52-0												
53-0												
54-0												
55-0												
56-0												
57-0												
58-0												
59-0												
60-0												
61-0												
62-0												
63-0												
64-0												
65-0												
66-0												
67-0												
68-0												
69-0												
70-0												
71-0												
72-0												
73-0												
74-0												
75-0												
76-0												
77-0												
78-0												
79-0												
80-0												
81-0												
82-0												
83-0												
84-0												
85-0												
86-0												
87-0												
88-0												
89-0												
90-0												
91-0												
92-0												
93-0												
94-0												
95-0												
96-0												
97-0												
98-0												
99-0												
100-0												

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) 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-Operadora

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/10/2014 Dr. Anderson Coutinho Felício
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/10/2014 Dr. Anderson Coutinho Felício
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2014 Bruno Leonardo Costa Pessoa
53-Dia, local e Carimbo da Empresa
24/10/2014
54-Dia, local e Carimbo da Empresa
24/10/2014

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista