

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª.ª

320792
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2016 12:01	4-Data de Autorização 05/10/2016 12:01	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615150	7-Data Validade da Sentia 02/10/2019 12:01
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525970500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDIVO CONTADORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome JOSIANE NICHETTE REDIVO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SAMANTHA REDIVO
------------------------------------	------------------------------	--

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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1217113213218118	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-RPID

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	SD	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
2-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	SD	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
3-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
4-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
5-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
6-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
7-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
8-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
9-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
10-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
11-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
12-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
13-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
14-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RM	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	
15-00181000421	1	RX PERIAPICAL	RP	ID	1	14,00	0,00	0,00	1	10/10/2016	

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/2016 11:00	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-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 56,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---	---	-----------------------------	---

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 10/10/2016 11:00 Dr. Anderson Coutinho Felício CRO-SC 14941	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2016 11:00 Dr. Anderson Coutinho Felício CRO-SC 14941	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2016 11:00 Samanta Redivo CRO-SC 14941	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2016 11:00 Clínica Geo CRO-SC 14941
---	---	--	---