

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

495554
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 0 0 0 3 1 2 1 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8373094		7-Data Validade da Senha 10 8 1 0 6 1 2 1 1	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 4 6 8 6 1 0 0 0 0 1 0 3 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONNECTSEG CORRETORA DE		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NICOLE DOS SANTOS NEVES									
14-Telefone () 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
15-Nome do titular do plano FERNANDO DOS SANTOS NEVES									
16-Atendimento a RN N									
17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 7 7 1 3 2 3 2 8 1 8 1 1 1 1									
22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO									
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO									
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa									
18-Número no CRO 14941									
19-UF SC									
23-Número no CRO 14941									
24-UF SC									
25-Código CNES 14941									
28-UF SC									
29-Código CBO S 14941									
33-Dente/Região 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Classe 42-Assinatura									
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 1-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0 0 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência									
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1 7 2 1 0 1 0 1									
46-Total Quantidade US 1 7 2 1 0 1 0 1									
47-Valor Total R\$ 1 0 1 0 0 1 0 1									
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 0 1 0 0 1 0 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 1 1 0 3 1 2 1 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 1 1 1 1 0 3 1 2 1 1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 1 1 1 1 0 3 1 2 1 1

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 1 1 1 1 0 3 1 2 1 1

Dr. Anderson Coutinho Felício
 Clínico Geral
 CRO-SC 14.942