

Carimbo



13011115327 2013.01.15 10:01



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

311546
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 6 / 0 8 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7550803

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 9 / 0 5 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 8 / 0 5 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 0 1 9 9 4 0 0 0 5 3 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALESSANDRA ALVES CRISTANI

21/12/1991

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA ALVES CRISTANI

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

12 17 1 1 3 2 1 2 8 1 8

22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO
14941

24-UF
SC

25-Código CNES

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	20/10/20	x Alencar
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	20/10/20	x Alencar
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	20/10/20	x Alencar
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

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-Total Quantidade US
1 1 8 3 1 0 0

47-Valor Total R\$
/ /

48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /

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

imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

20/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

20/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20/10/20 x Alessandra Cristani

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /