

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

313335
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015	4-Data de Autorização 11/05/2015	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7564503	7-Data Validade da Sentia 11/01/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020252019940000072011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome CRISTIAN JAVIER CRISTANI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CRISTIAN JAVIER CRISTANI
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27713232818	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	30-Tabela 31-Código do Procedimento 1008151002000	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 28 OV 1	34-Face OV	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização 16/07/2015	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	------------------------------------	----------------------------	---------------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-------------------------------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	008151002000	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OV	1	88,00	0,00	0,00		16/07/2015	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/07/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/2015
---	---	---	---

CRO-SC 14.943