

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



346144
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2017 12:01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7737459	7-Data Validade da Serinha 12/10/2017 12:01
--------------------------	---	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202511582900041012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLAUCIA CARVALHO MARINHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CAYO HENRIQUE CASTELO BERTOZZI		

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277131232818	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
1-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
2-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
3-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
4-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
5-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	19/10/2019	20	
6-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	19/10/2019	20	
7-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	19/10/2019	20	
8-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
9-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
10-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	1	6,110,00	0,10,00	0,10,00	1	10/05/2019	20	
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 16101010	47-Valor Total R\$ 10101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	---	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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 10/05/2019 12:01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2019 12:01	52-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2019 12:01
---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clínica Geral
CRP-SC 242942