

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

456516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/01/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8216836		7-Data Validade da Senha 19/04/2011			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202507710500159006		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome BRUNA LOBO DOS SANTOS RIBEIRO											
14-Telefone () 342510756											
15-Nome do titular do plano MARCOS XAVIER RIBEIRO											
16-Atendimento a RN											
17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2713232818											
22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
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
1-010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00				22/01/2011	ldos
2-010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00				22/01/2011	ldos
3-010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00				22/01/2011	ldos
4-010814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00				22/01/2011	ldos
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial					

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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva (Beneficiário):

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
22/01/2011		22/01/2011		22/01/2011		Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14.943	