

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



340111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/17 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709078	7-Data Validade da Senha 11/04/18 10:12
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102020252722000000000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome GEOVANE BRAGA DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GEOVANE BRAGA DA SILVA		

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 127713232818	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-Código CNES	31-Data de Realização 15/08/20	32-Valor 0,00	33-Franchise/Co-participação R\$	34-Aut S	35-Data de Realização 15/08/20	36-Motivo da Glosa 42-Assinatura G. Coutinho
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------------	-------------	-----------------------------------	---

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-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	010852001581	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	1	53300	0,00	0,00	S	15/08/20	G. Coutinho
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 153300	47-Valor Total R\$ 153300	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 153300
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 15/08/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa 15/08/20
---	---	---