

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



328548
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2010	4-Data de Autorização 03/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7655485	7-Data Validade da Senha 12/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202150978140001044701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome DIEGO CARLOS MULLER	14-Telefone (147) 13134411384	15-Nome do titular do plano DIEGO CARLOS MULLER
--------------------------------	----------------------------------	--

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 1217113123281811	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S (0) 81000421-

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
1-01018110004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	10/07/2010		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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), 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/07/2010
---	---	---	--

Dr. Anderson C. Felicio
Clínico Geral
CR0-SC 14.362