

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. Nº

369722
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 9/11/2010	4-Data de Autorização 10/09/10 09/12/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847564	7-Data Validade da Senha 10/12/11 12/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010120025316628000010101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DENISE MARIA HACKBARTH	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	17-Nome do titular do plano GILBERTO DALCOQUIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	19-UF SC	20-Código CBO S 14941	21-UF SC	22-Código CNES 14941	23-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277113232818111	25-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	26-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	27-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	28-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	29-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010
26-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	27-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	28-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	29-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	30-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010	31-Data Validade da Carteira 10/12/11 12/12/2010
Faturar Empresa					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabola	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	01018110100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 34,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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 10/09/10 9/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/10 9/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/10 9/11/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/09/10 9/11/2010	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/09/10 9/11/2010
---------------	---	---	---	--	--