

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

485520
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/15/10 21/21	4-Data de Autorização 12/16/10 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8333845	7-Data Validade da Senha 12/16/10 51/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010120253538180000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome CRISTIANO MACHADO DE QUADROS	30/07/1979	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EDILANI RICHTER	

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	25-Código CNES	24-UF SC	23-Número no CRO 14941	25-Código CNES	28-UF SC	27-Número no CRO 14941	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12771323281811	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
1-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
2-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
3-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
4-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
5-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
6-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
7-00008510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
8-00008400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
9-00008400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
10-00008400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
11-00008400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/16/10	CRISTIANO MACHADO DE QUADROS
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 1567,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 12/16/10 21/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/10 21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/10 21/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/16/10 21/21
---	---	---	---

Dr. Anderson C. Felício
Clínica Geral
CRO-SC 14.943