

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 1 0 / 1 2 2	4-Data de Autorização 1 8 / 1 1 0 / 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10478967	7-Data Validade da Senha 1 3 / 1 0 1 / 1 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

1186285
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 1 1 0 4 4 2 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ		14-Teléfono () - - - - -		15-Data Validade da Carteira / /		16-Nome do titular do plano VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO		18-Número no CRO 20369		19-UF SC		20-Código CBO S		21-Código CBO S		22-Código CBO S		23-Código CBO S		24-UF SC		25-Código CBO S		26-Código CBO S		27-UF SC		28-Código CBO S		29-UF SC		30-Código CBO S		31-UF SC		32-Código CBO S		33-UF SC		34-UF SC		35-UF SC		36-UF SC		37-UF SC		38-UF SC		39-UF SC		40-UF SC		41-UF SC		42-UF SC		43-UF SC		44-UF SC		45-UF SC		46-UF SC		47-UF SC		48-UF SC		49-UF SC		50-UF SC		51-UF SC		52-UF SC		53-UF SC		54-UF SC		55-UF SC		56-UF SC		57-UF SC		58-UF SC		59-UF SC		60-UF SC		61-UF SC		62-UF SC		63-UF SC		64-UF SC		65-UF SC		66-UF SC		67-UF SC		68-UF SC		69-UF SC		70-UF SC		71-UF SC		72-UF SC		73-UF SC		74-UF SC		75-UF SC		76-UF SC		77-UF SC		78-UF SC		79-UF SC		80-UF SC		81-UF SC		82-UF SC		83-UF SC		84-UF SC		85-UF SC		86-UF SC		87-UF SC		88-UF SC		89-UF SC		90-UF SC		91-UF SC		92-UF SC		93-UF SC		94-UF SC		95-UF SC		96-UF SC		97-UF SC		98-UF SC		99-UF SC		100-UF SC	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Asinatura
1-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	1	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	25/11/2012	25/11/2012	WAGNER
2-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	16	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	25/11/2012	25/11/2012	WAGNER
3-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	36	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	7 3 1 0 0	0,00	0,00	25/11/2012	25/11/2012	WAGNER
4-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
5-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
6-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
7-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
8-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
9-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
10-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
11-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
12-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
13-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
14-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											
15-0 0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 219,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 25/11/2012 Felipe Ferreira de Castro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2012 Felipe Ferreira de Castro		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012 Wagner		53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2012	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

Dr. Felipe Ferreira CRO-SC 20.369		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2012 Felipe Ferreira de Castro		55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012 Wagner		56-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2012	
--------------------------------------	--	---	--	--	--	---	--