

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

509558
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2013 12:11	4-Data de Autorização 12/09/2013 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8426993	7-Data Validade da Senha 12/04/2016 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025358397000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
13-Nome MARIA VANESSA GOMES DOS SANTOS	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11/11

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 12771323281811	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	

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
1-0001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00	0,00		26/05/2013	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 1161,00	47-Valor Total R\$ 1161,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1161,00
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 12/06/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2013	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/06/2013
---	---	---	--