

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

421217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062510	7-Data Validade da Senha 11/15/10 12/12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025329064000001011	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 RAFAEL TEIXEIRA BRAZ	30/09/1982	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	15-Nome do titular do plano RAFAEL TEIXEIRA BRAZ

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 1277132328181111	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-Signatura
1-00018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20	03/12/20
2-00018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20	03/12/20
3-00018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20	03/12/20
4-00018400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20	03/12/20
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

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 1140,00	47-Valor Total R\$ 1140,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1140,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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), foram realizados 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------