

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335655
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
05/11/2012

6-Número da Guia Principal
7689074

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/3/07/12

3-Data de Emissão da Guia
07/10/12

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253067840000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
BRUNO MAYRINCH ARVELOS

24/03/1989

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
BRUNO MAYRINCH ARVELOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ANDERSON COUTINHO FELICIO

22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO
14941

18-Número no CRO
14941

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1217113121281811

25-Código CNES

24-UF
SC

26-UF
SC

28-UF
SC

29-Código CBO S

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 Class 42-Assinatura
1-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
2-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
3-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
4-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
6-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
8-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
7-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
8-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
9-010181510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	MA
10-010181510011961											
11-010181510011961											
12-010181510011961											
13-010181510011961											
14-010181510011961											
15-010181510011961											

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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1549,00	47-Valor Total R\$ 1549,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1549,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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
11/10/12 Dr. Anderson C. Felício

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12 Dr. Anderson C. Felício

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
11/10/12 BRUNO MAYRINCH ARVELOS

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/12 Clínica Geral CRO-SC 14.941

54-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/12 Clínica Geral CRO-SC 14.941