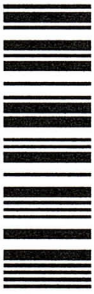


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



400298
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/08/2011 12:11

6-Número da Guia Principal
7976568

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/2010 12:01

3-Data de Emissão da Guia
12/01/2010 12:01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020202531699000000101011

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JEAN CESAR PERDONCINI RODRIGUES

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
JEAN CESAR PERDONCINI RODRIGUES

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12717132328181111

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

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	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
1-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	11/11/20
2-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	11/11/20
3-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	11/11/20
4-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/20	11/11/20	11/11/20
5-1111111111111											
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11/11/11

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
11114010101

47-Valor Total R\$
11111010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
11111111111

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
10/04/11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/04/11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/04/11/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
Cinico Gerat
CRO-SC 14.941