

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

419256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011	4-Data de Autorização 12/08/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054326	7-Data Validade da Senha 14/02/12
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

13-Nome JESSE LUGO DA ROCHA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN ANDERSON COUTINHO FELICIO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ROSANE DA SILVA MELO	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127113232818		18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
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		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	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,00	11/11/2011	20	
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,00	11/11/2011	20	
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,00	11/11/2011	20	
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 1 0 0	0,10	0,00	11/11/2011	20	
5	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
6	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
7	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
8	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
9	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
10	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
11	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
12	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
13	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
14	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
15	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46-Total Quantidade US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10
--	---	---	---	----------------------------	---

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(ram) 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 12/08/11 11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/11 11/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/11 11/2011	
53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Anderson C. Felício CBO-SC 14.941	