

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/2011

4-Data de Autorização
12/06/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8395821

7-Data Validade da Senha
15/06/2011

501619
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020253234900000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome
FRANCINE RAFAELI CHUPEL TEALDI

14-Telefone
07/07/1982

15-Nome do titular do plano
FRANCINE RAFAELI CHUPEL TEALDI

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 / OPF
12171131232818

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
1-000185100196	1	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
2-000185100196	2	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
3-000185100196	3	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
4-000185100196	4	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
5-000185100196	5	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
6-000185100196	6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
7-000185100196	7	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6,100	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
8-000184000198	8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,500	0,00	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
9-000184000198	9	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,500	0,00	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
10-000184000198	10	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,500	0,00	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
11-000184000198	11	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,500	0,00	0,00	0,00	15/10/2011	Sup	
12									15/10/2011	Sup	
13									15/10/2011	Sup	
14									15/10/2011	Sup	
15									15/10/2011	Sup	

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	4-Urgência/Emergência	1567,00	0,00

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
15/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/10/2011

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral
CRO-SC 14.941