

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

492815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/06/2013 12:11		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8362553		7-Data Validade da Sineta 10/04/2016 12:11			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 100202025110460000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ANA CLARA SOUZA COSTA		05/03/1997		14-Telefone () - / -		15-Nome do titular do plano KAIQUE DE MORAES PENATTI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Mendicamento 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 27713232818		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		Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-46			
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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-10	10815200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	1	533,00	0,00	0,00		10/03/2016	Dr. Anderson C. Coutinho
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 533,00		47-Valor Total RS 0,00		48-Total Franquia / Co-participação RS / /	

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 10/06/2013/1811	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2013/1811	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2013/1811	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/2013/1811
--	--	--	--