

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



384688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 12/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7912096	7-Data Validade da Senha 12/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253162800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira	
13-Nome GILBERTO DALCOQUIO		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano GILBERTO DALCOQUIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14941		20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		22-Valor 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127113232818		23-Número no CRO 14941		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		27-Número no CRO 14941		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
2	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
3	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
4	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
5	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
6	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
7	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
8	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
9	008511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
10	00851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOV	1	1212100	0,00	0,00	S	11/11/20	gliberto
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	1671100	10100	

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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
		12/11/2019		12/11/2019		Dr. Anderson C. Coutinho Clínico Geral CRO-SC 14.941	