



2-Nº



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

430092
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/06/2012/12/11

6-Número da Guia Principal
8099223

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/04/12/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/08/11/11/2010

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202531899500000010102

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JESSE LUGO DA ROCHA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ROSANE DA SILVA MELO

16-Atendimento a RN
ANDERSON COUTINHO FELICIO

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

18-Número no CRO
14941

19-UF
SC

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
27713232818111

22-Nome do Contratado Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

23-Número no CRO
14941

24-UF
SC

25-Código CNES
Envia - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
ANDERSON COUTINHO FELICIO

27-Número no CRO
14941

28-UF
SC

29-Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante										
N		ANDERSON COUTINHO FELICIO										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante										
12 7 7 1 3 2 3 2 8 1 8 _ _ _		ANDERSON COUTINHO FELICIO										
26-Nome do Profissional Executante		ANDERSON COUTINHO FELICIO										
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
1-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
2-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
3-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
4-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
5-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
6-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
7-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
8-01085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	0	11/04/12		
9-_ _ _ _ _												
10-_ _ _ _ _												
11-_ _ _ _ _												
12-_ _ _ _ _												
13-_ _ _ _ _												
14-_ _ _ _ _												
15-_ _ _ _ _												
43-Data Previsão Término do Tratamento							44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
_ _ _ _ _ /_ _ /_ _							1-Total 2-Parcial		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _	
47-Valor Total R\$							48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Total Franquia / Co-participação R\$			
_ _ _ _ _ ,00							_ _ _ _ _ ,00		_ _ _ _ _ ,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
11/04/12/12/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/04/12/12/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/04/12/12/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/04/12/12/20

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