

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
02/01/20134-Data de Autorização
03/03/20135-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
83480677-Data Validade da Senha
13/05/2013489077
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253419970001019-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GABRIELA DE ARAUJO VIEIRA14-Telefone
(11) 1111111115-Nome do titular do plano
GABRIELA DE ARAUJO VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
ANDERSON COUTINHO FELICIO18-Número no CRO
1494119-UF
SC20-Código CBO S
025 -21-UF
SC22-UF
SC23-UF
SC24-UF
SC25-UF
SC26-UF
SC27-UF
SC21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
127113232181822-Nome do Contratado Excutante
ANDERSON COUTINHO FELICIO23-Número no CRO
1494124-UF
SC

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Código CBO S

28-Código CBO S

29-Código CBO S

30-Código CBO S

26-Nome do Profissional Excutante
ANDERSON COUTINHO FELICIO27-Número no CRO
1494128-UF
SC29-UF
SC30-UF
SC31-UF
SC32-UF
SC33-UF
SC34-UF
SC35-UF
SC

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
1-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-0001811000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA										

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\$

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Anderson C. Felício
Clínico Geral

CRO-SC 24.943