

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



452140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/0111/211	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188438	7-Data Validade da Sineta 11/21/0141/211
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 01002025328522020000101011	13-Nome FABIANO ROESE MELO	14-Teléfono (111) 1111111111	15-Nome do titular do plano FABIANO ROESE MELO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S	25-Código CNES	28-UF SC	29-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1271132328181111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentor/Região	34-Fato	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/21	Dr. Anderson C. Felício
2-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/21	Dr. Anderson C. Felício
3-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/21	Dr. Anderson C. Felício
4-0101844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	13/01/21	Dr. Anderson C. Felício
5-11111111111111111111											
6-11111111111111111111											
7-11111111111111111111											
8-11111111111111111111											
9-11111111111111111111											
10-11111111111111111111											
11-11111111111111111111											
12-11111111111111111111											
13-11111111111111111111											
14-11111111111111111111											
15-11111111111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111114010101	47-Valor Total R\$ 11111010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111111
--	--	---	--	-----------------------------------	--

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 11/31/0111/1811	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/31/0111/1811	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 11/31/0111/1811	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/31/0111/1811
--	--	--	--

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