

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. Nº

423971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/12/01	4-Data de Autorização 12/31/11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8076725	7-Data Validade da Senha 18/10/12/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202153304844000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PAULO HENRIQUE GONCALVES JUNQUEIRA LUZ	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE GONCALVES JUNQUEIRA LUZ
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 127713232818	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
---	---------------------------	-------------	-----------------

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-	001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/11/12	20	✓ Paulo
2-	001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/11/12	20	✓ Paulo
3-	001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/11/12	20	✓ Paulo
4-	001841000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	S	23/11/12	20	✓ Paulo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$ 110,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 12/31/11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/11/12/01	52-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/31/11/12/01	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 12/31/11/12/01
---	---	---	---	--