

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1185959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/11 10:12:21	4-Data de Autorização 11/05/11 10:12:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10478255	7-Data Validade da Senha 11/03/11 11:21:31
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020251044200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VAGNER HENRIQUE CALADO DA CRUZ	16-Data de Nascimento 05/01/1998	17-Data de Emissão da Guia 05/01/1998	18-Data de Validade da Guia 05/01/1998
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Data de Nascimento FELIPE FERREIRA DE CASTRO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1328732030001189	22-Data de Nascimento FELIPE FERREIRA DE CASTRO	23-Data de Emissão da Guia 05/01/1998	24-Data de Validade da Guia 05/01/1998
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
25-Data de Nascimento FELIPE FERREIRA DE CASTRO	26-Data de Emissão da Guia 05/01/1998	27-Data de Validade da Guia 05/01/1998	28-Data de Nascimento FELIPE FERREIRA DE CASTRO	29-Data de Emissão da Guia 05/01/1998	30-Data de Validade da Guia 05/01/1998

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 de Glosa 42-Assinatura
1-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	16	1,00	0,00	0,00	15/10/12	15/10/12	15/10/12
2-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	16	1,00	0,00	0,00	15/10/12	15/10/12	15/10/12
3-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	16	1,00	0,00	0,00	15/10/12	15/10/12	15/10/12
4-000815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	16	1,00	0,00	0,00	15/10/12	15/10/12	15/10/12
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 1244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 17/15/11 10:12:21 Felipe Ferreira de Castro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/15/11 10:12:21 Felipe Ferreira de Castro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/15/11 10:12:21 Vagner Henrique Calado da Cruz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/15/11 10:12:21
---------------	--	--	---	--

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.389