

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 17/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145738	7-Data Validade da Senha 15/03/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

440907
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025336640000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARISTEU DE ASSIS COUTINHO JUNIOR

18/06/1988

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano JANAINA ROHREGER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOELMA CRISTINA TAVARES
--------------------------	--

18-Número no CRO 12909

19-UF SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06137201996	22-Nome do Contratado Executante JOELMA CRISTINA TAVARES
--	---

23-Número no CRO 12909

24-UF SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOELMA CRISTINA TAVARES

27-Número no CRO 12909

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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			5/12/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
--

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 61,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme seuma 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) 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

Dr. Aristeu de Assis Coutinho Junior
Especialista em Odontologia Geral

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa