

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



389374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 01/02/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931809	7-Data Validade da Senha 03/10/11 1/2/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025318995000000104	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
13-Nome ARTUR MELO DOS SANTOS	14-Telefone 21/02/2013	15-Nome do titular do plano ROSANE DA SILVA MELO		
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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127113232818	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					33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição											
1	008400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	7200	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000	010000
2													
3													
4													
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-Valor Total R\$ 7200	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
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 21/11/10 20 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/10 20 ROSANE DA SILVA 52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 21/11/10 20					