

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

338095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/10 17/12/01	4-Data de Autorização 12/11/10 17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699629	7-Data Validade da Senha 11/11/11 01/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0002002511046000000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome KAIQUE DE MORAES PENATTI	14-Telefone (1111) 3027-3016	15-Nome do titular do plano KAIQUE DE MORAES PENATTI			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Profissional Solicitante	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC
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-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
2-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
3-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
4-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
5-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
6-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
7-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
8-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
9-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
10-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
11-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	1,00	0,00	S	08/10/10		wp
12-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
13-	0,0,0,18,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6	1,00	0,00	S	25/10/10		wp
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 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1793,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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(ram) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/10 06/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/10 06/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/10 06/11/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/06/10 06/11/10
--	--	--	---

Dr. Anderson C. Felicio
 Clínico Geral
 CRO-SC-14.943