

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

384676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7912009	7-Data Validade da Senha 12/17/11 12/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 2531662800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILBERTO DALCOQUIO	13-Data 08/09/1975	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GILBERTO DALCOQUIO	

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 1271713232818	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	30-Faturar Empresa 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------------

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 Gêsa 42-Assinatura
1-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0	30/09/10	vd clary
2-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	30/09/10	vd clary
3-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	30/09/10	vd clary
4-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0	30/09/10	vd clary
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

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 140,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ler 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 13/01/09/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/09/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/09/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa União L. Felício União Geral 13-SC-14.943
--	--	--	--