

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

432298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/11 12/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108985	7-Data Validade da Sineta 01/02/11 03/12/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 010102101253260560000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/01/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOLANGE DA APARECIDA SILVA DE LARA DE OL				
14-Telefone (11) 1111-1111				
15-Nome do titular do plano SOLANGE DA APARECIDA SILVA DE LARA DE OL				

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 127713232818	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-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
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	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	01/02/11	SOLANGE
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/01/11/11/11	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 61,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	--------------------	---

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 01/02/11 01/02/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/11 01/02/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/11 01/02/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/11 01/02/11
--	--	--	--

Dr. Anderson C. Felicio
Clínico Geral
CRO SC 14.941