

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

428827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 2/6/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8094397		7-Data Validade da Senha 2/4/10 2/12/11	
Dados do Beneficiário				8-Número da Carteira 002022532477600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano ELIANE DE CARVALHO BARAI			
13-Nome ELIANE DE CARVALHO BARAI				14-Telefone () - / -		18-Número no CRO 14941			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		19-UF SC		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1217113232818				22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		24-UF SC		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO				27-Número no CRO 14941		28-UF SC		29-Código CBO S Enviar - RX (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código de 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
1	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	61,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
2	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00	0,00		17/12/10	Enferm
3	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00	0,00		17/12/10	Enferm
4	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00	0,00		17/12/10	Enferm
5	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
6	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00	0,00		17/12/10	Enferm
7	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
8	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
9	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00	0,00		17/12/10	Enferm
10	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
11	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00	0,00		15/10/11	Enferm
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 698,00	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(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.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/7/11 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/11 12/11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Anderson C. Felício Cirurgião Geral CRO-SC 14941	