

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



532326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8515736	7-Data Validade da Senha 12/2/10 7/12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Data do Beneficiário

8-Número da Carteira 0012012535381800001011	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 EDILANI RICHTER	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDILANI RICHTER
----------------------------	------------------------------	--

Data do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127113232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO
---	---

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 Cláusula 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------------------------

1-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61000	0100	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11
2-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61000	0100	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11
3-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61000	0100	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11
4-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61000	0100	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11	15/10/11
5-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-000185100196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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-Total Quantidade US 1124400	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/10/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO-SC 14.941
---	---	---	--