

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

451730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/011/12/11	4-Data de Autorização 11/5/011/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186969	7-Data Validade da Senha 11/2/014/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025318995000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSANE DA SILVA MELO	14-Tipo de Atendimento 29/10/1981	15-Telefone (111) 11111111	16-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	17-Nome do titular do plano ROSANE DA SILVA MELO

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 121711323281811	22-Nome do Contratado Excusante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Excusante 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
1-01018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	1	61,00	0,00	0,00	11/10/12	11/10/12	11/10/12
2-01018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	61,00	0,00	0,00	11/10/12	11/10/12	11/10/12
3-01018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	1	61,00	0,00	0,00	11/10/12	11/10/12	11/10/12
4-01018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	1	61,00	0,00	0,00	11/10/12	11/10/12	11/10/12
5-01018511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	61,00	0,00	0,00	11/10/12	11/10/12	11/10/12
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 30,50	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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 11/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/12
---	---	---	---