

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

437604
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
 09/03/21

6-Número da Guia Principal
 8131288

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 10/11/20

3-Data de Emissão da Guia
 09/12/20

1-Registro ANS
 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 00202532343900000101

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
 / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

FRANCINE RAFAELI CHUPEL TEALDI

07/07/1982

14-Telefone
 () -

15-Nome do titular do plano
 FRANCINE RAFAELI CHUPEL TEALDI

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
 025 -

Faturar Empresa
 Enviar - RX
 (F) 85200158-46

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1271713212818

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fixo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010815200158	1	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	1	533,00	0,00			24/12/21	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 153,00	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 24/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 24/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/12/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Anderson C. Felício Clínica Gerat CRO-SC 14.942
---	---	---	--