

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

413279
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029112	7-Data Validade da Senha 10/04/10 02/12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101022025323383001000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE WELLINGTON VIEIRA GODOY	30/01/1986	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSE WELLINGTON VIEIRA GODOY	

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277132328181111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
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 Glosa 42-Assinatura
1	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,8	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
2	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	8,8	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
3	010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	6,1	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
4	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8,8	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
5	010815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8,8	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
6	0108141000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
7	0108141000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
8	0108141000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
9	0108141000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5	0,00	0,00		10/06/11 11/12/10	✓
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 1553,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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(ram) realizado(s) com meu consentimento 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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/11 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/11 11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/11 11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/11 11/12/10
--	--	--	--