

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



399160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971246	7-Data Validade da Senha 17/10/11
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532206800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA SANTOS MOTA		14-Teléfono () - - - -	15-Nome do titular do plano KATIA SANTOS MOTA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA		18-Número no CRO 9574	19-UF BA	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01744752508	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	23-Número no CRO 9574	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	29-Código CBO S
--------------------------	--	---	--	--------------------------	-------------	-----------------	--	--	--------------------------	-------------	----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------

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
1-0	1085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	22/10/20	2 Kátia
2-0	1085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	22/10/20	2 Kátia
3-0	1085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	22/10/20	2 Kátia
4-0	1085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	22/10/20	2 Kátia
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	----------------------------	---

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 22/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2010	53-Data, local e Carimbo de Empresa Dra Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista 20050922
---	---	---	--