

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



345747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 07/12/10	4-Data de Autorização 10/05/10 08/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7735765	7-Data Validade da Senha 12/03/11 10/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202025308768000001011	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 EZIQUEL SOARES SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EZIQUEL SOARES SANTOS	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA	18-Número no CRO 29423	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1339591099649	22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA	23-Número no CRO 29423	24-UF SP	25-Código CNES	26-UF SP	27-Número no CRO 29423	28-UF SP	29-Código CBO S	30-Valor 37	31-Quantidade US 34	32-Face 35	33-Quantidade US 36	34-Face 35	35-Quantidade US 36	36-Quantidade US 37	37-Valor 38	38-Franquia/Co-participação R\$ 39	39-Aut 40	40-Data de Realização 41	41-Motivo da Clossa 42-Assinatura
----------------------------------	------------------------------	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	------------------------	----------------	---------------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------------------------------

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 Clossa 42-Assinatura
1-0001810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1	34,00	0,00		05/08/20	VEZIQUEL
2-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1	1	36,00	0,00		01/09/20	VEZIQUEL
3-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1	1	36,00	0,00		01/09/20	VEZIQUEL
4-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1	1	36,00	0,00		01/09/20	VEZIQUEL
5-0001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1	1	36,00	0,00		01/09/20	VEZIQUEL
6-0001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE		16		1	1	73,00	0,00		05/08/20	VEZIQUEL
7-0001852000166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO		41		1	1	258,00	0,00		02/09/20	VEZIQUEL
8-0001852000166											
9-0001852000166											
10-0001852000166											
11-0001852000166											
12-0001852000166											
13-0001852000166											
14-0001852000166											
15-0001852000166											

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 1509,00	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(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 05/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa EZIQUEL SOARES SANTOS
---------------	---	---	---	--