



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

354761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 354761	7-Data Validade da Senha 10/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira 11/10/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE CRISTINE ANDRADE PRECOMA		14-Data de Nascimento 07/03/1981	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano DANIELE CRISTINE ANDRADE PRECOMA	

15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)	18-Número no CRO 39237	19-UF SP	20-Código CBO S 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1114856381011		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Número no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Número no CRO 39237	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		N	11/10/2011	03/2011	
2	00815200034	TRATAMENTO EM	26	1	1	8,00	0,00		N	11/10/2011	03/2011	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 este 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 Contratado Executante 11/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 11/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2011