

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

298684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 11/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7467715	7-Data Validade da Senha 08/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa COOPERATIVA DE POUPANCA E		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 100202025188645000016703		6-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (11) 000000000012		15-Nome do titular do plano RICARDO DE ALMEIDA RODRIGUES	
13-Nome CONCEICAO APARECIDA DE ALMEIDA RODRIGUES		22/10/1957					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 94101		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Número no CRO 94101		24-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1175516288897		22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		25-Código CNES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101		28-UF SP		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	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	04/10/2013	
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	04/10/2013	
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	04/10/2013	
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	04/10/2013	
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 04/10/2013	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	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) 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 Paciente demorou a realizar por ser do grupo de risco		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2013		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2013		52-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/2013	
--	--	---	--	---	--	---	--