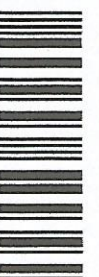




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



597482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/04/06

4-Dia de Autorização
12/05/06

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8741256

7-Dia Validade da Santa
12/12/09

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010201215186504000005301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COOP DE CREDITO DE LIVRE

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS

03/08/1983

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affiliação a RN
CAMILA PEDROSO HUPPES

17-Nome do Profissional Solicitante
CAMILA PEDROSO HUPPES

18-Número no CRO
130221

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

21-UF
SP

22-UF
SP

23-Código CBO S
025 -

24-UF
SP

25-Código CBO S
025 -

26-UF
SP

27-UF
SP

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
145181283248129

22-Nome do Contratado Executante
CAMILA PEDROSO HUPPES

23-Número no CRO
130221

24-UF
SP

25-UF
SP

26-UF
SP

27-UF
SP

28-UF
SP

29-UF
SP

30-UF
SP

31-UF
SP

32-UF
SP

33-UF
SP

34-UF
SP

35-UF
SP

36-UF
SP

37-UF
SP

38-UF
SP

39-UF
SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabla	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Resposta
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento
12/05/06

44-Tipo de Atendimento
1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

47-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

48-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

49-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

50-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

51-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

52-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

53-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

54-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

55-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

56-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

57-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

58-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

59-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

60-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

61-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

62-Tipo de Pagamento
1-Total 2-Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 (c/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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/05/06 12/12/06

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/05/06 12/12/06

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/05/06 12/12/06

53-Dia, local e Assinatura da Empresa
12/05/06 12/12/06