



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



386053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2010	4-Data de Autorização 05/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917894	7-Data Validade da Senha 28/12/2010
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202531667900000101			11-Data Validade da Carteira		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome ELIANE COELHO DA SILVA			14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano ELIANE COELHO DA SILVA			16-Data Validade da Carteira		
17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO			18-Número no CRO 59102		
19-UF SP			20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867			22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		
23-Número no CRO 59102			24-UF SP		
25-Código CNES (I) 85100218			26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		
27-Número no CRO 59102			28-UF SP		
29-Código CBO S			30-Data Validade da Carteira		

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-A
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/10/2010	x Eliane
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DOM	1	122,00	0,00			19/10/2010	x Eliane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			26/10/2010	x Eliane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			26/10/2010	x Eliane
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			26/10/2010	x Eliane
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			26/10/2010	x Eliane
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 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 10/11/10 Roberta C. P. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 Eliane	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------