



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

339294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 11/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705564	7-Data Validade da Senha 11/07/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202508062100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome TANIA MARA CAMARGO		14-Telefone (11) 8008-9671	15-Nome do titular do plano GENOVI MARIA CAMARGO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alcandamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (F) 82000212-15 (I) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cost	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			15/07/2012		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			36,00	0,00			15/07/2012		X
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			36,00	0,00			15/07/2012		X
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			36,00	0,00			15/07/2012		X
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			36,00	0,00			15/07/2012		X
6	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	15			18,00	0,00			15/07/2012		X
7	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	15			15,40	0,00			15/07/2012		X
8	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSD			14,00	0,00			15/07/2012		X
9	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSD			14,00	0,00			15/07/2012		X
10	00810000421	RX PERIAPICAL	RCSD			14,00	0,00			15/07/2012		X
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/07/12		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 55,00		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), foram realizados 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 15/07/2012 [Assinatura]			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/2012 [Assinatura]			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/2012 Tania Camargo			53-Data, local e Carimbo da Empresa			