



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

383420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019	4-Data de Autorização 28/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7907074	7-Data Validação da Senha 24/12/2019
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202507811900360301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ANA CLAUDIA BARAUNA BUENO		14-Telefone 15/05/1988	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA BARAUNA BUENO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		23-Número no CRO 58579	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$									
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00							S	28/09/2019		Ana.C.B.B
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00							S	29/09/2019		Ana.C.B.B
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00							S	29/09/2019		Ana.C.B.B
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00							S	29/09/2019		Ana.C.B.B
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00							S	29/09/2019		Ana.C.B.B
6																	
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 178,00	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 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 Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa