



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

378391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	4-Data de Autorização 11/09/2010	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 378391	7-Data Validade da Senha 11/12/2010							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202530583300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/09/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome YASMIM CHISTOFOLO SOUZA		14-Telefone 14/08/2010	15-Nome do titular do plano EDGAR SILVA SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)	18-Número no CRO 39237	19-UF SP	20-Código CBO S 01	025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11485638810	22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Número no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Número no CRO 39237	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	11/09/2010	42	YASMIM
2	0085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	36		1	8,00	0,00		N	11/09/2010	42	YASMIM
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Término do Tratamento 11/09/2010		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 42,00		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(ram) 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 11/09/2010 03.374.7370001-72			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2010 03.374.7370001-72			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2010			53-Data, local e Carimbo da Empresa			