



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

445136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8162142	7-Data Validade da Senha 12/11/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507811900360301					
13-Nome ANA CLAUDIA BARAUNA BUENO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA BARAUNA BUENO		
		15/05/1988			

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	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	22/12/2012		Ana C. B. B.
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	122,00	0,00		S	04/01/2013		Ana C. B. B.
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 210,00	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 Ana C. B. B.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---