



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

406208
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 12/11/2011	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 406208	7-Data Validade da Serinha 12/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020253262110000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MERCIA RODRIGUES OLIVEIRA		14-Telefone 27/11/1977	15-Nome do titular do plano MERCIA RODRIGUES OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO 8 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 (I) 81000421- (F) 85400220-46
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO 8	(I) 81000421-RIS (F) 82000212-46	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600
5	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600
6	000810000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1400
7	000810000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1400
8	000810000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1400
9	000810000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1400
10	000854000220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	46	1	2990
11	000820000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	46	1	1810
12	000854000084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	46	1	1540
13					
14					
15					
43-Data Prevista 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 86800					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia - Co-participação R\$ 000					
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), for(ão) 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 Favor anexar rx inicial do núcleo e foto final da coroa para análise na produção					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11/11	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					