



Agência para Odontologia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



396835
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4- Data de Autorização 19/11/2012	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7962490	7- Data Validade da Sentença 13/10/2012
Dados do Beneficiário					
8- Número da Carteira 0002025325327253000000102	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira / /	12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome EDUARDA SABRINA SOARES					
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18- Número no CRO 30197	19- UF PR	20- Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 06540136919	22- Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23- Número no CRO 30197	24- UF PR	25- Código CNES	
26- Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27- Número no CRO 30197	28- UF PR	29- Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela 10084000112	32- Descrição APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ	33- Ocorrência 1	34- Fase 1	35- Qtd 7	36- Quantidade US 6,00
2008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4,00
3					0,00
4					0,00
5					0,00
6					0,00
7					0,00
8					0,00
9					0,00
10					0,00
11					0,00
12					0,00
13					0,00
14					0,00
15					0,00
43- Data Previsto Término do Tratamento / /	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 11,00	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 Solicitante 12/11/2012	51- Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/11/2012	52- Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53- Data, Local e Carimbo da Empresa		