



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

483318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012	4-Data de Autorização 12/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8322865	7-Data Validade da Senha 12/04/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 000120253561417000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAYANA DE ALMEIDA CASTRO	
13-Nome JAILDES INACIO PEREIRA	25/09/1962			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
11-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117155612888917	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										35-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabella	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	43-Valor Total R\$	44-Total Participação R\$
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	22/02/12			
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/12			
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/12			
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/12			
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

45-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 1178,00	49-Valor Total R\$	50-Total 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 assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/1012/1211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/1012/1211 XG	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	--	---	---

Dr. Anésio Gracindo Alves Junior
Av. São João, 473 - Ponte São João
Jundiaí - SP Tel: 4529-9559