



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OKY

2º N°

transmissão para o paciente

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/18/10 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072572	7-Data Validade da Senha 11/18/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

423605
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025307530000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA GOMES BESSA	13-Data 02/05/1988	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LETICIA GOMES BESSA	

16-Adiantamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL	18-Número no CRO 9234	19-UF GO	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010701516761110	22-Nome do Contratado Executante MARCIA LUZ MARQUES	23-Número no CRO 9234	24-UF GO	25-Código CNES 9234	26-Nome do Profissional Executante MARCIA LUZ MARQUES	27-Número no CRO 9234	28-UF GO	29-Código CBO S	30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R\$) 85200158-46 (IF) 85200158-47
---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--------------------------	-------------	------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	--

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
1-010852010158	TRATAMENTO ENDODONTICO	46	1	1	53300	01010	0	S	19/01/11	afinico
2-010852010158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	1	53300	01010	0	S	18/01/2011	afinico
3-111111111111										
4-111111111111										
5-111111111111										
6-111111111111										
7-111111111111										
8-111111111111										
9-111111111111										
10-111111111111										
11-111111111111										
12-111111111111										
13-111111111111										
14-111111111111										
15-111111111111										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação				
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	11066100	11066100	11066100					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 11/11/11 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/11/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/11/11 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11/11 11/11/11
---	---	---	---