



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

352744
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autorização 07/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7768734	7-Data Validade da Senha 04/11/2012							
8-Número da Carteira 0020253077360000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome WALTER RAMOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GEISEANE SOARES DA SILVA								
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 S 10												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809												
22-Nome do Contratado Exequente NORA CLAROS BAUTISTA PATINO												
23-Número no CRO 30136												
24-UF SP												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Exequente NORA CLAROS BAUTISTA PATINO												
27-Número no CRO 30136												
28-UF SP												
29-Código CBO S												
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
31-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 Gloriosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			07/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			07/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			07/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			07/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /												
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 178,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
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(ram) 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 / /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												

dente 23 - 26 extra 44 - 32