

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



324184
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 06/12/01	4-Data de Autorização 11/04/10 07/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7632797	7-Data Validade da Senha 11/03/10 09/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020250781190003259011	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ FERNANDO PEREIRA DE OLIVEIRA	14-Teléfono (1111) 11111111	15-Nome do titular do plano LUIZ FERNANDO PEREIRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO 98515	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136081580068921111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO	27-Número no CRO 98515	28-UF SP	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentor/Região	34-Foco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
2-001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
3-001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
4-001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
5-001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
6-001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	1	61,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
7-001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	61,00	0,00		15/10/10 09/12/01	X
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/10/11/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento US 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1.010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1.010,00
--	--	---	--	--------------------------------	---

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/11/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/11/12/01
---	---	---	---

Mayara B. Lobo
Cirurgiã Dentista
CRP 98.515