



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



Formulário para vixc 3007

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/05/19

4-Data de Autorização 11/05/19

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 10360108

7-Data Validade da Senha 11/04/12

1143073 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202545880300000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KASSIO JUNIOR BORGES

14-Telefone 10/10/1986

15-Nome do titular do plano ROSANGELA DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM

18-Número no CRO 8307

19-UF SC

20-Código CBO S 09

21-Data Validade da Senha 025 -

22-Valor Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107862615000176

24-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA

25-Número no CRO 8307

26-UF SC

27-Código CBO S 6725236

28-Valor Enviar - RX

29-Código CBO S

30-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			20/05/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		78,00								

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307