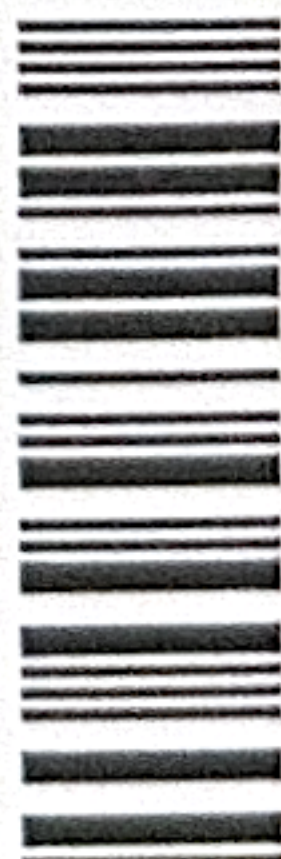


Resolução ANS nº 2002/2001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/05/2011

4-Data de Autorização
11/05/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14796691

7-Data Validade da Senha
11/06/2013

2602217
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202512561711000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PRISCILA CHELINSCKI VELHO GOMES

04/07/1991

15-Nome do titular do plano
PRISCILA CHELINSCKI VELHO GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOIMAGEM

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

00786261500011761

22-Nome do Contratado Executante

MM RAIO-X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

18-Número no CRO
8307

19-UF
SC

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

24-UF
SC

25-Código CNES
6725236

Enviar - RX
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante

MARIANA FERREIRA MEDEIROS

27-Número no CRO
8307

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			11/05/2011		
2												
3												
4												
5												
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												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-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 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

11/05/2011/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2011/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNPJ 07.862.615/0001-76

Assinatura e Carimbo da Empresa

Responsável Técnico - CRO 8307