



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1128916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09/12/21	4-Data de Autorização 10/11/09/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10323758	7-Data Validade da Senha 13/01/11/12/21
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025503619000001021	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 ARTHUR OLIVEIRA	22/04/2011	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA SANTOS OLIVEIRA
----------------------------	------------	-------------------------------	---

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	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10786261500011761	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	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-Autorização
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	78,00	0,00	0,00	10/09/12
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial	
						78,00		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(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 12/01/09/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/09/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/09/12/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/09/12/21
---------------	---	---	---	---

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda.	CNPJ 07.862.615/0001-76	Dra Mariana F. Medeiros	Responsável Técnica - CRO 8307
--	-------------------------	-------------------------	--------------------------------