



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

494269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2013	4-Data de Autorização 11/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8367886	7-Data Validade da Senha 07/10/16
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202530239900000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/16	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DELEON LUTIANE DA COSTA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano DELEON LUTIANE DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-JUF SC	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	29-Código CNES	(I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000405 (I) 81000375-RPD
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	14000	000	1
2-0001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	14000	000	1
3-0001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	14000	000	1
4-0001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	14000	000	1
5-0001810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		178000	000	1
6-1111111111111					
7-1111111111111					
8-1111111111111					
9-1111111111111					
10-1111111111111					
11-1111111111111					
12-1111111111111					
13-1111111111111					
14-1111111111111					
15-1111111111111					
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\$					

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) de - (s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s), - meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a C - dora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profiss - al 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
11/10/2013

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/2013

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/10/2013

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/2013

49-RALOX - Radiologia Odontológica Ltda
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307