



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

486137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 04/03/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8336579	7-Data Validade da Senha 12/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00020253505810000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Nome do titular do plano GABRIELA FORMIGA LITWINCZYK	

13-Nome GABRIELA FORMIGA LITWINCZYK		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano GABRIELA FORMIGA LITWINCZYK	
--	--	--------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8307		20-Código CBO S 09	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	19-UF SC		21-UF SC	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
---	--	----------	--	---------------------------------	--

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-Asinatura
1-001811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00				10/10/12	Gabriela
2-001811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00				10/10/12	Gabriela
3-001811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00				10/10/12	Gabriela
4-001811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00				10/10/12	Gabriela
5-001811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00				10/10/12	Gabriela
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 134,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	----------------------------------	-------------------------------	--

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 10/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/2012
---	---	---	--

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