

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

532149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/13/10 14/12/11	4-Data de Autorização 12/18/10 14/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8515070	7-Data Validade da Senha 12/12/10 17/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1002102534323253000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA MANARIM JOAQUIM		14-Teléfono 29/11/2010		15-Nome do titular do plano EDERSON MANARIM					

16-Amendando a RN ODONTOIMAGEM		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411882148947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES 81000405		26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S 81000375-RME 81000375-RMD		30-Data de Realização 39-Aut 40-Data de Realização R\$ 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
-----------------------------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	----------------------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	---	--	--	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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
1-0	181001405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,810,00		0,00		12/18/10 14/12/11	532149
2-0	181001375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00		0,00		12/18/10 14/12/11	532149
3-0	181001375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00		0,00		12/18/10 14/12/11	532149
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\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1106,00	0,00	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) 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 12/18/10 14/12/11		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/10 14/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/10 14/12/11		53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/18/10 14/12/11		54-Data, local e Assinatura da Empresa 12/18/10 14/12/11	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--

Dr. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307