



Indicação para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



523105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/2011	4-Data de Autorização 20/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481740	7-Data Validade da Senha 13/07/2011
8-Número da Carteira 02020253670060000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome TALIA MARTINS DA SILVA			13-Data 03/04/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TALIA MARTINS DA SILVA
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947					
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
20-Código CBO S 09					
23-Número no CRO 8307					
24-UF SC					
25-Código CNIES SC					
28-UF SC					
29-Código CBO S 8307					
37-Valor R\$ 178,00					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut 40-Data de Realização 20/04/2011					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Estábia M.B.					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA					
33-Dente/Região					
34-Face					
35-Qtd					
36-Quantidade US					
43-Data Previsto 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-Valor Total R\$					
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), fôram realizados, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/2011 x Talia m. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/04/2011	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/04/2011
---------------	---	---	---	---	--

IM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307