

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



504201
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013	4-Data de Autorização 10/06/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8403477	7-Data Validade da Senha 11/06/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202531711800042601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome LUCAS GUEDIN VOTRI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS GUEDIN VOTRI	16-Data Validade da Carteira / /	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMAGEM	18-Atendimento a RN N
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	20-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	21-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	22-Número no CRO 8307	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
25-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	26-Código CBO S 09	27-UF SC	28-Código CBO S 8307	29-UF SC	30-UF SC

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-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1	78,00	0,00	0,00		10/06/2014	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista 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-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) procedi- to(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram t- izado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha contr, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/2014 54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/06/2014					

Odontolife
Itaquaquecetuba para você sorrir

Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307