



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Prequibitica para você sentir

459971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/2/01/1/2/1	4-Data de Autorização 0/4/02/2/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8223708	7-Data Validade da Senha 2/2/04/2/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534947400001031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Data Validade da Guia / / /
FERNANDA SANTOS LOPES					
15-Nome do titular do plano ANDERSON RODRIGO DA SILVA BEZERRA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0041188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-Código CNES SC	29-Código CBO S SC	
23-Número no CRO 8307		24-UF SC	28-UF SC		
27-Número no CRO 8307		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Class 42-Assinatura
30-Tabola	31-Código do Procedimento	RADIOGRAFIA PANORÂMICA								
1-000811000405										
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

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-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) procedimento(s) descrito(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 04/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2011	53-Data, local e Carimbo de Empresa 04/10/2011
---------------	---	---	---	---

Dr. Antônio C. Medeiros
R. S. N. 100-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.992.675/0001-76