



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

469655
INTERCÂMBIO

1- Número de Guia: 406-14
 2- Data de Emissão da Guia: 10/04/2012
 3- Data de Autorização: 11/10/2012
 4- Número da Guia Principal: 8266850
 5- Senha: AUTORIZADO
 6- Data Validade de Sanha: 05/10/2015
 7- Número do Cartão Nacional de Saúde: []

8- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento: THAMIRIS LIMA DE OLIVEIRA GOMES
 9- Plano: POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Nome do Titular do plano: THAMIRIS LIMA DE OLIVEIRA GOMES
 12- Telefone: []

13- Nome: THAMIRIS LIMA DE OLIVEIRA GOMES
 14- Data de Nascimento: 21/09/1996
 15- Número no CRO: 8307
 16- UF: SC
 17- Nome do Profissional Solicitante: ODONTOIMAGEM
 18- Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10418248947
 19- Nome do Contratado Executante: MARIANA FERREIRA MEDEIROS
 20- Número no CRO: 8307
 21- UF: SC
 22- Nome do Profissional Executante: MARIANA FERREIRA MEDEIROS
 23- Número no CRO: 8307
 24- UF: SC
 25- Nome do Profissional Solicitante: THAMIRIS LIMA DE OLIVEIRA GOMES
 26- Número no CRO: 8307
 27- UF: SC

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentef/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
1-00	181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	RME	1	1	78,00	0,00	0,00	S	11/10/2012	Chamado
2-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/10/2012	Chamado
3-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/10/2012	Chamado
4-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	11/10/2012	Chamado
5-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
6-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
7-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
8-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
9-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
10-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
11-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
12-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
13-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
14-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									
15-00	181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-									

43- Data Previsão Término do Tratamento: []
 44- Tipo de Atendimento: []
 45- Tipo de Faturamento: []
 46- Total Quantidade US: 134,00
 47- Valor Total R\$: 10,00
 48- Total Franquia / Co-participação R\$: []

49- Observação: 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), 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.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/10/2012
 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/10/2012
 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 11/10/2012
 53- Data, local e Cerimônia de Empresa: 11/10/2012