

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

509830
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
12/14/10 6/12/11

6-Número da Guia Principal
8428030

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/06/10 4/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/16/10 3/12/11

1-Registro ANS
406414

13-Nome
LAUDISSEA REGINA OLIVEIRA

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
LAUDISSEA REGINA OLIVEIRA

16-Atendimento 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
041188248947

22-Nome do Contratado Executante
MARIANA FERREIRA MEDEIROS

23-Número no CRO
8307

24-UF
SC

25-Código CNES
SC

26-Nome do Profissional Executante
MARIANA FERREIRA MEDEIROS

27-Número no CRO
8307

28-UF
SC

29-Código CBO S

30-Tabela
1-0 0 1 8 1 0 0 4 0 5
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

31-Código do Procedimento
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
1

34-Face
1

35-Ord
1

36-Quantidade US
178100

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
06/10/11

40-Data de Realização
06/10/11

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
Standard

43-Data Previsão 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
78100

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 Opção de 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
10/06/10 4/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/06/10 4/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/06/10 4/12/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/06/10 4/12/11

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/06/10 4/12/11

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
10/06/10 4/12/11

Responsável Técnica - CRO 8307