



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



638159
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 7/12/11 4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8870499 7-Data Validade da Senha 12/6/11 01/02/11

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/02/02 5403548000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCO AURELIO FERREIRA DA SILVA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARCO AURELIO FERREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA 18-Número no CRO 73084 19-UF SP 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111978372809 22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 23-Número no CRO 73084 24-UF SP 25-Código CNES 0181000405 Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS 27-Número no CRO 73084 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0	8-1-0-0-0-4-0-5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			12/8/10		
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 Previsão, término do Tratamento 12/8/10 1/12/11 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circodentia 4-Ligência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 78,00 47-Válor Total R\$ 0,00 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), foi(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 este 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 12/8/10 1/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 1/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 1/12/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/8/10 1/12/11

CLINICA PANORAMICA DO PRETO LINDA
RUA Generosa Bastos nº 3214
Florentina - CEP: 15015-790
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.