



Frequência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



545065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/07/10 05/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8564286	7-Data Validade da Sentença 10/05/10 08/12/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 101020125347994000291021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMANUELY DE MATOS ROCHA	14-Teléfono 06/02/2007	15-Nome do titular do plano SAMUEL NEVES FIGUEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	Enviar - RX (0) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104118182418947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura		
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-10	01811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1			78,00	0,00
2-							
3-1							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		178,00	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), fôro(m) 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 13/05/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/12 Samuel Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/05/12 AM RADIO-X - Radiologia Odontológica Ltda. CNPJ 07.862.615/0001-76
---------------	--	---	--	---	--	---

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307