



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 01/12/13	4-Data de Autorização 12/13/11 01/12/13	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11738075	7-Data Validade da Serha 13/11/11 12/12/13
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

1633468
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202557786300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VITOR DA SILVEIRA PACHECO ARCENO	01/06/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VITOR DA SILVEIRA PACHECO ARCENO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAILO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	18-Número no CRO 8307
	23-Número no CRO 8307
	27-Número no CRO 8307
	19-UF SC
	24-UF SC
	20-Código CBO S 09
	25-Código CNES 6725236
	28-UF SC
	29-Código CBO S
	025 - Faturar Empresa
	Enviar - RX (1) 81000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			12/11/10/12/13		Uda
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total	78,00	0,00	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), 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

MM RAILO X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10/12/13	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10/12/13	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10/12/13 Uda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10/12/13
---	---	---	---