



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

426774
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 1 1 / 2 0		4-Data de Autorização 1 0 / 1 2 / 2 0		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8085722		7-Data Validade da Sentença 2 2 / 0 2 / 2 1		426774 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
13-Nome ALYSSON KALLEBE DE LIMA COSTA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano ALYSSON KALLEBE DE LIMA COSTA													
16-Adendimento a RN N													
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 0 4 1 8 2 4 8 9 4 7													
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS													
23-Número no CRO 8307													
24-UF SC													
25-Código CNIES (I) 81000405													
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS													
27-Número no CRO 8307													
28-UF SC													
29-Código CBO S													
30-Tabula													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
33-Dentista/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													
43-Data Previsto Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Tipo de Faturamento													
47-Valor Total R\$													
48-Total Quantidade US													
49-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 esse documento, os valores devidos 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CAP 1-9

Dr. Marion T. ... 252.615/0001-73

Colony of 4 young