



Participante para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8030192	7-Data Validade da Senha 10/14/10 12/11/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202025307101010000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome RAFAELA VASSOLER MEDEIROS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano WAGNER MELLO ROSSO	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041188248947111	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	26-UF SC
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	29-Número no CRO 8307	30-Tabela 31-Código do Procedimento 100348	32-Descrição DOC ORTODONTICA "E"	33-Dental/Região 1	34-Face 1
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
35-Qtd 1	36-Quantidade US 267,00	37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 18/11/10
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 267,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
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/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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/11/11 11/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/11/11 12/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/11/11 12/12/10

53-Data, local e Carimbo de Empresa
18/11/11 12/12/10

CNPJ 07.852.615/0001-70
Dra. Mariana C. Medeiros