



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08	4-Data de Autorização 13/11/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10315278	7-Data Validade da Senha 12/9/11
Dados do Beneficiário			1125987 INTERCÂMBIO		

8-Número da Carteira 10020255095977000000103	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 MARIA ANDREA RODRIGUES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano RODRIGO VALVASSORI DO NASCIMENTO
-----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM
18-Número no CRO 8307	19-UF SC
20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 6725236	Enviar - RX (1) 81000405
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78	00	0000	20000	20	09/12/12	K	Medeiros
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 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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/09/121	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/09/121	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/09/121 Mariana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/09/121
---------------	---	---	---	---

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307