

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



464007
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 04/10/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8242914	7-Data Validade da Sentença 12/08/2014
8-Número da Carteira 00020202534799400029103					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S.A. FILIAL					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome EDUARDO MATOS					
14-Telefone (11) 993810073					
15-Nome do Titular do plano SAMUEL NEVES FIGUEIRA					

16-Atendimento 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 04188248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Data de Realização 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405	
--------------------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	--	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	----------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	--	--

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	
1-0018100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78100		0100		0100		0100		0100		0100		0100		0100	
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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
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 pagar o valor da Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a 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 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 10/11/13 21/11					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/13 21/11 x Samuel					
52-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/13 21/11					
53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/13 21/11					