

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

485714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8334743	7-Data Validade da Senha 12/05/2011
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025299384000001022	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 RODRIGO MARQUES OLIVEIRA				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano SINARA DA CRUZ PEDRO				

16-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-Código CNES SC	24-UF SC	26-Código CBO S SC	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S SC	30-Código CBO S SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04118821418947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES SC		26-Código CBO S SC		27-Número no CRO 8307
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		29-Número no CRO 8307		30-Código CBO S SC		31-Código CBO S SC		32-Código CBO S SC		33-Código CBO S SC		34-Código CBO S SC

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1	01018100001405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00		10/03/11	X R00160
2	0101810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00	0,00		10/03/11	X R00160
3	0101810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00	0,00		10/03/11	X R00160
4	0101810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00	0,00		10/03/11	X R00160
5	0101810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00	0,00		10/03/11	X R00160
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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, 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 10/03/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/11	54-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/11
---------------	---	---	---	---	---

Responsável Técnica - CRO 8307