

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/11 11/20	4-Data de Autorização 03/11/2012 02/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8078493	7-Data Validade da Serinha 21/02/12 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025317171210002402402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLARICELI PADOIN	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ALDO DA SILVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041882489471	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-
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-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00		10/03/11 11/20	
2-01081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00		10/03/11 11/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	912100	10100							

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), diferam 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/11 11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/11 11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/11 11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/11 11/20
---------------	---	---	---	---

Dr. Mariana C. Monteiro
CNPJ 07.882.647/0001-78