



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416182
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 9 / 0 2 / 12 11

6-Número da Guia Principal
804.1066

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/01/11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
11/01/11/12/01

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/11/12/01	3-Data de Autorização 11/01/11/12/01	4-Data de Autorização 11/01/11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 804.1066	7-Data Validade da Senha 0 9 / 0 2 / 12 11	8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 2 1 9 9 0 0 2 2 0 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIRIAN CASAGRANDE TORRES											
14-Telefone () 3 4 6 3 2 7 9 5											
15-Nome do titular do plano LUANA CASAGRANDE TORRES											

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 0 4 1 8 2 4 8 9 4 7	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	26-UF SC	27-Número no CRO 8307	28-Código CBO S	29-UF SC	30-Código CBO S	31-UF SC	32-Código CBO S	33-UF SC	34-UF SC	35-UF SC	36-UF SC	37-UF SC	38-UF SC	39-UF SC	40-UF SC	41-UF SC	42-UF SC	43-UF SC	44-UF SC	45-UF SC	46-UF SC	47-UF SC	48-UF SC	49-UF SC	50-UF SC	51-UF SC	52-UF SC	53-UF SC	54-UF SC	55-UF SC	56-UF SC	57-UF SC	58-UF SC	59-UF SC	60-UF SC	61-UF SC	62-UF SC	63-UF SC	64-UF SC	65-UF SC	66-UF SC	67-UF SC	68-UF SC	69-UF SC	70-UF SC	71-UF SC	72-UF SC	73-UF SC	74-UF SC	75-UF SC	76-UF SC	77-UF SC	78-UF SC	79-UF SC	80-UF SC	81-UF SC	82-UF SC	83-UF SC	84-UF SC	85-UF SC	86-UF SC	87-UF SC	88-UF SC	89-UF SC	90-UF SC	91-UF SC	92-UF SC	93-UF SC	94-UF SC	95-UF SC	96-UF SC	97-UF SC	98-UF SC	99-UF SC	100-UF SC
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--	---	--------------------------	-------------	----------------	-------------	--------------------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

30-Tabella	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	
1-0	018100421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19/11/12	Willian
2-0	018100421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19/11/12	Willian
3-0	018100421	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19/11/12	Willian
4-0	018100421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19/11/12	Willian
5-0	018100421	RX PERIAPICAL										
6-0	018100421	RX PERIAPICAL										
7-0	018100421	RX PERIAPICAL										
8-0	018100421	RX PERIAPICAL										
9-0	018100421	RX PERIAPICAL										
10-0	018100421	RX PERIAPICAL										
11-0	018100421	RX PERIAPICAL										
12-0	018100421	RX PERIAPICAL										
13-0	018100421	RX PERIAPICAL										
14-0	018100421	RX PERIAPICAL										
15-0	018100421	RX PERIAPICAL										

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\$
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5 6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/11/11/12/01	19/11/11/12/01	19/11/11/12/01	19/11/11/12/01