

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



427606
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/12/01	4-Data de Autorização 10/1/12/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089245	7-Data Validade da Senha 12/3/10/12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202533622100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IZABELE DE SOUZA MARTINS		14-Telefone 15/05/2004	15-Nome do titular do plano ADRIANA DE SOUZA PINHEIRO		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782	22-Nome do Contratado/Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-01081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			01/12/10		Dom
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 01/12/10 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/10 Izabela S. Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--