

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



408656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 13/01/10 12:01	4-Data de Autorização 13/01/10 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011763	7-Data Validade da Senha 12/01/11 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025331555000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TIAGO DE SOUZA MATOS	08/06/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO DE SOUZA MATOS
---------------------------------	------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACES SERVICIO DE IMAGENS EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 10449	19-UF RS	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 912719107410041	22-Nome do Contratado Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	23-Número no CRO 10449	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISANGELA DUTRA DOSSIN	27-Número no CRO 10449		28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-	0008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Coparticipação 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Diagnóstico dos tecidos molares.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2010 R. Riachuelo, 200	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2010 R. Riachuelo, 200	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2010	53-Data, local e Contribuição da Empresa 30/10/2010
---	---	---	--

REQUISICAO DE EXAMES

Sr.(a) TIAGO DE SOUZA MATOS:
099.430.606-70

Para um melhor acompanhamento do seu caso, solicitamos que providencie a(s) seguinte(s)
radiografia(s) relacionada(s):

Radiografias iniciais

Rx panoramica com finalidade de diagnostico de terceiros molares

DENTAL UNI - TODAS

Endereço:

Telefones:

Obs. Mandar as Radiografias por e-mail

Dra. Carina R. P. Balbinot
CRO/RS 12743
CPF 896181140-15
Dra. Carina R. P. Balbinot
CRO/RS 12743
CPF 896181140-15

30/10/20