



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
19/10/2018

4-Data de Autorização
19/10/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10270162

7-Data Validade da Senha
17/11/2021

1109732
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101021025504011100001011

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

JULIANERIA ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA

20/05/1995

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JULIANERIA ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA

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
107862615000176

22-Nome do Contratado Executante
MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

23-Número no CRO
8307

24-UF
SC

25-Código CNES
6725236

Enviar - RX
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante
MARIANA FERREIRA MEDEIROS

27-Número no CRO
8307

28-UF
SC

29-Código CBO S

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
1-0	181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			20/02/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

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
178,00

47-Valor Total R\$
10,00

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

21/01/09/1212

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

21/01/09/1212

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

21/01/09/1212 Mariana P. Medeiros

53-Data, local e Carimbo da Empresa

21/01/09/1212

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana P. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307