

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

432161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 10/12/11 12/12/10		4-Data de Autorização 10/11/12 12/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8108439		7-Data Validade da Senha 10/12/10 13/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10102012530407500000001021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ROSANGELA MARIA PEDRO RODRIGUES	
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		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-010181001421		RX PERIAPICAL		RPSD		1		14		000	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto 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\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		11400		1000		1100	

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(ram) 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	
10/11/12 12/12/10 10/11/12 12/12/10	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/12 12/12/10	
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/12 12/12/10	
52-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/12 12/12/10	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/12 12/12/10	

CNPJ 07.852.616/0001-76
Data Mariana F. Medeiros
Assinatura Mariana F. Medeiros