

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

529866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2014	4-Data de Autorização 12/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8509150	7-Data Validade da Senha 12/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537123600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/10/2014	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Data Validade da Carteira 12/10/2014
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	15-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	16-Nome do Profissional Solicitante SUZANA DA SILVA SELAU	17-Data Validade da Carteira 12/10/2014	18-Nome do titular do plano SUZANA DA SILVA SELAU	19-Data Validade da Carteira 12/10/2014
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	21-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES SC
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Data Validade da Carteira 12/10/2014

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
1-001348		DOC ORTODONTICA "E"			1	313100		0000		12/10/2014	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2014	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313100	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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
12/10/2014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/2014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/2014

54-Data, local e Assinatura da Empresa
12/10/2014

IM RAIID-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307