

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



590212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/10/2011 4-Data de Autorização 19/10/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8717912 7-Data Validade da Guia 17/10/2011

8-Número da Carteira 0002025387097000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PATRICIA APARECIDA DE CARVALHO FERREIRA 03/11/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PATRICIA APARECIDA DE CARVALHO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAN DIGITAL GRAJAU 18-Número no CRO 106437 19-UF SP 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139547717804 22-Nome do Contratado Executante ALINE FREIRES BIGGI 23-Número no CRO 106437 24-UF SP 25-Código CNES (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante ALINE FREIRES BIGGI 27-Número no CRO 106437 28-UF SP 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 Guia	42- Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 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, compreendendo-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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

PAN DIGITAL RADIOLOGIA E IMAGENS ODONTOLÓGICA LTDA

CNPJ: 35.853.450/001-70

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2011

*Radicada APD de Beneficiário e Beneficiário