



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



517541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/2011	4-Data de Autorização 08/04/2011	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8460284	7-Data Validade da Semha 06/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202534799400031601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /	13-Nome WILLIAN DO NASCIMENTO BORGES
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento 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					
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001811000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1			78100
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 78100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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, tendo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e foi assinado(s), fui/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar o meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, assinando 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 10/05/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2011
---	---	---	---

IM RAI0-X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra. Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307