



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

497108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013		4-Data de Autorização 18/10/2013		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8379262		7-Data Validade da Senha 09/10/2016		497108 INTERCÂMBIO																							
Dados do Beneficiário																																			
8-Número da Carteira 00020253427300000101				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 DIELSON PINTO PADILHA				13-Data 30/05/1992				14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano DIELSON PINTO PADILHA																									
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-Data Validade da Carteira 025 - Faturar Empresa																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014188248917		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES Enviar - RX (I) 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													
1-008100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78100		000		000		S181031014																							
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																																			
42-Data Previsão Término do Tratamento												43-Tipo de Atendimento		44-1-Tratamento Odontológico		45-Exame Radiológico		46-3-Ortodontia		47-Urgência/Emergência		48-Tipo de Faturamento		49-1-Total		50-2-Parcial		51-Total Quantidade US		52-Valor Total R\$		53-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/11												11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11		11/11/11	
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) 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																																			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante																																			
18/10/2013																																			
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista																																			
18/10/2013																																			
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável																																			
18/10/2013																																			
53-Data, local e Carimbo da Empresa																																			
18/10/2013																																			
54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente																																			
18/10/2013																																			

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307
CNPJ 07.882.615/0001-76
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA.