

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

466487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 10/13/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8253698	7-Data Validade da Serita 10/12/10
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANA LAURA ROMUALDO NOWASKI					
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano SUNAMITA DE OLIVEIRA ROMUALDO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM					
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 09					
26-UF SC					
27-Número no CRO 8307					
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
29-Código CBO S					
30-UF SC					
31-Código do Procedimento					
32-Quantidade US					
33-Quantidade US					
34-Face					
35-Qtd					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Guia 42-Assinatura					

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-	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00				10/13/2012	Mariana
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão 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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00		

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. Por isso, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento, não de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar e, 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo de Empresa
10/13/2012	10/13/2012	10/13/2012	10/13/2012