



freqüência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



459113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01 11/21	4-Data de Autorização 12/8/01 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8217869	7-Data Validade da Senha 12/11/01 4/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000200253434840000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
11-Data Validade da Carteira			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROBERTO VIEIRA SILVERIO					
14-Teléfono ()					
15-Nome do titular do plano ROBERTO VIEIRA SILVERIO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Número no CRO 8307		20-Código CBO S 09		225 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	23-Número no CRO 8307		24-UF SC		Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411881248947		26-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		(I) 81000375-RME (I) 81000375-RPE	
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		29-Código CBO S		30-Código CBO S		(I) 81000375-RMD	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dentista/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
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-01018110001405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,8	0,0	0,0		12/8/01 11/21	x fatura
2-01018110001375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14	0,0	0,0		12/8/01 11/21	x fatura
3-01018110001375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14	0,0	0,0		12/8/01 11/21	x fatura
4-01018110001375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14	0,0	0,0		12/8/01 11/21	x fatura
5-01018110001375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14	0,0	0,0		12/8/01 11/21	x fatura
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1134000	00000	

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) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	54-Data, local e Carimbo da Empresa
12/8/01 11/21	12/8/01 11/21	12/8/01 11/21	12/8/01 11/21	12/8/01 11/21

Dr. Antônio C. Medeiros
Responsável Técnico - CRO 2307