

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

461169
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 11/12/11	4-Data de Autorização 10/04/10 12/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229343	7-Data Validade da Senha 12/05/10 04/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010120252053860000034011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BORGES SILVA SERVICOS DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARINE ALESSANDRA BONOTTO PAVAN					
14-Telefone ()			15-Nome do titular do plano CARINE ALESSANDRA BONOTTO PAVAN		

16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		25-Código CNES		26-Enviar - RX (0) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004118182481947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Enviar - RX (0) 81000405		27-Número no CRO 8307	
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		29-Código CBO S		30-UF		31-UF		32-Código CBO S		33-UF		34-UF	

30-Tabella	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 42-Assinatura
1-001811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			10/04/10 12/12/11	
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$	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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. De acordo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por fim 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 10/04/10 12/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/10 12/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/10 12/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/04/10 12/12/11
---------------	--	--	--	--

Carine Alessandra Bonotto Pavan
Carine Alessandra Bonotto Pavan
Responsável pelo Tratamento