

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

490710
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/03/21		4-Data de Autorização 16/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8354711		7-Data Validade da Senha 02/06/21	
8-Número da Carteira 002025356080000101		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 ROSILENE MARTINS METZGER	
14-Atendimento a RN N		15-Data 06/09/1976		16-Telefone ()		17-Nome do titular do plano ROSILENE MARTINS METZGER		18-Número no CRO 8307		19-UF SC	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947		21-Data de Contratação 06/09/1976		22-Data de Execução 16/03/21		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES SC	
26-Nome do Profissional Solicitante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Data de Contratação 06/09/1976		28-Data de Execução 16/03/21		29-Número no CRO 8307		30-UF SC		31-Código CBO S	
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 78,00		37-Valor 0,00	
38-Franchia/Co-participação R\$		39-Aut S		40-Data de Realização 16/03/21		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franchia / Co-participação R\$	
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

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, autorizando 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/03/21

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/03/21

IM RAO-X Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRM 8307