

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

429247
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/11/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8096120		7-Data Validade da Senha 12/15/10/21/21	
8-Número da Carteira 000202519753700032102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA ADM 01		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA DE COSTA FERNANDES MEZARI		18/06/1989		14-Teléfono () 885611115		15-Nome do titular do plano MAURICIO JUNKES MEZARI			
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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	

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 42-Assinatura
1-00	1811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	4,00	0,00	0,00	S	10/08/11	12/10
2-00	1811000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	4,00	0,00	0,00	S	10/08/11	12/10
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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-Responsável
10/08/11 12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Beneficiário
10/08/11 12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
10/08/11 12/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/08/11 12/10

54-Data, local e Carimbo da Empresa
10/08/11 12/10