

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



480450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/2011	4-Data de Autorização 12/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8310322	7-Data Validade da Senha 20/05/2011
8-Número da Carteira 0020202534799500041011			10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			11-Data Validade da Carteira / /		
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento EDIMAR CARVALHO PEREIRA			13-Data Validade da Guia 20/06/1986		
14-Telefone () - - - - -			15-Nome do titular do plano EDIMAR CARVALHO PEREIRA		

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 04188248947	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	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPIE
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--	---	--------------------------	-------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--

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
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE			1	14,00				03/02/2011	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão 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 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/02/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/02/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/02/2011
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura 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), 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

55-Data, local e Assinatura 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), 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

M HAU-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ-07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307