



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

544291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2015	4-Data de Autorização 11/03/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8561390	7-Data Validade da Senha 04/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202534799500019901	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL		
11-Data Validade da Carteira			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VICTOR LUIZ PIRAN					
14-Telefone					
15-Nome do titular do plano VICTOR LUIZ PIRAN					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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-Data Validade da Carteira
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	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-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00
2-01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00
3-01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00
4-01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00
5-01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
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. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de acordo com a legislação vigente. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome, 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
13/05/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/05/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/05/2015

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/05/2015

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