

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

506970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2015	4-Data de Autorização 12/03/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8416365	7-Data Validade da Senha 12/11/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102025291050202000010107	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 GUSTAVO GOMES FERREIRA					
14-Telefone (11) 34337533					
15-Nome do titular do plano KARINA BRAZ GOMES					
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	25-UF SC
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-UF SC
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-01081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78100	0100	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) processo(s) acima, e por mim assinado(s), 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					
12/03/2015					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
12/03/2015					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
12/03/2015					
53-Data, local e Cartão de Empresa					
12/03/2015					

MM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica