

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

48022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03 11/21	4-Data de Autorização 10/13/03 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343734	7-Data Validade da Senha 13/01/05 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202527936300000101	9-Piano 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 MORGANA CARBONI ALBERTON					
14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MORGANA CARBONI ALBERTON			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04118248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307		28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -		Faturar Empresa			
N		ODONTOIMAGEM		8307		SC		09				Enviar - RX			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Executante				23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES		(I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD	
101411812481947111				MARIANA FERREIRA MEDEIROS				8307		SC				(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD	
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO				28-UF		29-Código CBO S					
MARIANA FERREIRA MEDEIROS				8307				SC							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	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-	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00		0,00		10/13/03	11/21	mgp			
2-	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00		0,00		10/13/03	11/21	mgp			
3-	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00		0,00		10/13/03	11/21	mgp			
4-	00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00		0,00		10/13/03	11/21	mgp			
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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 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-Dentista Solicitante 10/13/03 11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/13/03 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/13/03 11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/13/03 11/21
---------------	---	---	---	---

MARIANA FERREIRA MEDEIROS
CNPJ nº 07.862.618/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307