

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª.ª



512088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/03/12/11		4-Data de Autorização 10/08/10/04/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8437805		7-Data Validade da Senha 28/10/06/12/11	
Dados do Beneficiário				10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11			
8-Número de Carteira 000202534799400031602				9-Plano POS REDE PRESTADORA				12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Nome SARA DOS SANTOS AMOROSO				14-Telefone () 11 11 11 11 11 11				15-Nome do titular do plano WILLIAM DO NASCIMENTO BORGES			
16-Atendimento a RN N				17-Data de Autorização 16/09/1993				18-Número no CRO 8307			
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041181824947				20-Código CBO S 09				21-Data de Realização 025 -			
22-Nome do Profissional Solicitante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				23-Número no CRO 8307				24-UF SC			
25-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				26-Número no CRO 8307				27-UF SC			
30-Tabela				31-Código do Procedimento				32-Descrição			
1-010181000405				33-Dente/Região				34-Face			
2-1				35-Qtd				36-Quantidade US			
3-1				37-Valor				38-Franquia/Co-participação R\$			
4-1				39-Aut				40-Data de Realização			
5-1				41-Motivo da Guia 42-Assinatura				43-Valor Total R\$			
6-1				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento			
7-1				46-Total Quantidade US				47-Valor Total R\$			
8-1				48-Total Franquia / Co-participação R\$				49-Valor Total R\$			
9-1				50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
10-1				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
11-1				54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
12-1				56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
13-1				58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
14-1				60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
15-1				62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			

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 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
10/08/10/04/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/10/04/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/10/04/11/11

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/10/04/11/11

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