



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

Transmitido para você emitir

469194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2012	4-Data de Autorização 01/09/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8264941	7-Data Validade da Sineta 04/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025351712000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome DENISE DOS SANTOS	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DENISE DOS SANTOS	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 041188248947	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-Quantidade US 1
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento 10018100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	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 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-Tipo de Faturamento					
49-Tipo de Faturamento					
49-Valor Total R\$					
49-Valor Total 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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante 01/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Responsável 01/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 01/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/2012
---	---	---	---