

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

669801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08 12:11	4-Data de Autorização 12/01/08 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8966375	7-Data Validade da Senha 11/11/12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202025403102000001021	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 JESSICA MARTINS DA SILVA					
14-Teléfono ()					
15-Nome do titular do plano PATRICIA BARCELLOS MARTINS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTAL DOC	18-Número no CRO 11316	19-UF RS	20-Código CBO S 09	25-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1705391970618					
22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1
2-					
3-					
4-					
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 78,00					
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(ram) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dentaldoc

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Maícelo Martini Vianna EIRELI

CNPJ: 30249050/0001-78