



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



543352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2015	4-Data de Autorização 13/10/2015	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8557768	7-Data Validade da Sineta 10/04/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 1002020534799500019902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome ARISTEIA NAYARA SILVA REIS	28/12/1996	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VICTOR LUIZ PIRAN		
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	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
23-Número no CRO 8307					
24-UF SC					
25-Código CNES SC					
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS					
27-Número no CRO 8307					
28-UF SC					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US
1-00810010405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				178000
2-00810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME			114000
3-00810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE			114000
4-00810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD			114000
5-00810010375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD			114000
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação 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, e por mim assinado(s), 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
13/10/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/2015

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/10/2015

CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307