

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia   3   1   /   1   0   /   2   5	4-Data de Autorização   0   6   /   1   1   /   2   5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14562816	7-Data Validação da Senha   3   0   /   1   2   /   2   5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

2527801  
**INTERCÂMBIO**

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira   0   0   2   0   2   5   0   4   6   0   9   6   7   0   0   0   0   2   6   0   1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO SUL BRASILEIRA DA IGREJA	11-Data Validação da Carteira   _____   /   _____   /   _____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708407744402665

13-Nome ALLAN RAMOS BONATTO	23/11/2005	14-Telefone (  5   5  )   9   6   1   3   -   5   0   6   5	15-Nome do titular do plano ALLAN RAMOS BONATTO
--------------------------------	------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE BORCK DA SILVEIRA	18-Número no CRO 33200	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF   2   7   3   5   9   5   9   2   0   0   0   1   9   9	22-Nome do Contratado Executante SM SERVICOS DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 13233	24-UF RS	Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (51) 35173576, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Assis Brasil, 3535, SALA 1210,
26-Nome do Profissional Executante PAULO RENATO CARDOSO MATTOS		27-Número no CRO 24789	28-UF RS	25-Código CNES 0211796

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 da Glosa	42-Assinatura
1-  0   0	8   1   0   0   0   4   0   5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	_____	1	1	7   8  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
2-  0   0	8   1   0   0   0   4   2   1	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	1   4  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
3-  0   0	8   1   0   0   0   4   2   1	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1   4  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
4-  0   0	8   1   0   0   0   4   2   1	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	1   4  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
5-  0   0	8   1   0   0   0   4   2   1	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	1   4  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
6-  0   0	8   1   0   0   0   3   7   5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1   4  ,  0   0	0  ,  0   0	S	_____   /   _____   /   _____			
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento   _____   /   _____   /   _____	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   1   4   8  ,  0   0	47-Valor Total R\$   0  ,  0   0	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), 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  
Justificativa: 81000405: SOLICITO PANORAMICA PARA EXTRACAO DOS DENTES 182838 E 48.

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 Carimbo da Empresa   _____   /   _____   /   _____
--	--	--	--