

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 2-Plano de Emissão da Guia 119/10/16/12/31 3-Data de Autorização 119/10/16/12/31 4-Sistema AUTORIZADO 5-Número de Guia 11341481 6-Data Validade da Guia 117/10/19/12/31 7-1494282 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10102102155714080000210011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BAIRRO DA JUVENTUDE DOS 11-Dados Validação da Carteira 119/10/16/12/31 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIANO DELFINO SARTOR 14-Telefone 24/09/1977 15-Nome do titular do plano FABIANO DELFINO SARTOR

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM 18-Número no CRO 8307 19-UF SC 20-Código CBO S 09 21-Código da Operação / CNPJ / CPF 17862615000176 22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA 23-Número no CRO 8307 24-UF SC 25-Código CNES 6725236 26-Envio Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS 27-Número no CRO 8307 28-UF SC 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da C/35 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da C/35	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00			12/10/12/31		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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 7800 47-Valor Total R\$ 10,00 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/12/31 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12/31 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12/31 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/12/31 Responsável Técnica - CRO 8307

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307