

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

514655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/5/10 4/12 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8448193	7-Data Validade da Senha 10/4/10 7/12 11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 10/02/12 525307070000172011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADROLINO RODRIGUES COSTA				
14-Telefone () / / / / /				
15-Nome do titular do plano ADROLINO RODRIGUES COSTA				
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 na Operadora / CNPJ / CPF 041882148947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
25 - 025 - Faturar Empresa				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	39-Aut	
1-00345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	S	15/10/12 11
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
/ / / / /	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	381,00	0,00	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) de: "Itos) acima, e por mim assinado(s), coltform realizado(s), -m meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a C-radora 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 15/10/11/12 11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/11/12 11	52-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/11/12 11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/11/12 11
---------------	---	---	---	---

RAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 107.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307