



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

514086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/11/014/12/1	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8445858	7-Data Validade da Sineta 30/10/06/12/1	2-Nº
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527219900022604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATEUS ROSA SEBASTIANA					
14-Telefone () 96217437					
15-Nome do titular do plano CLAUDIOMIR DA ROSA SEBASTIANA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
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 Class	42-Assinatura					
1-00348		DOC ORTODONTICA "E"			1	313	00	00	S	08/04/2011		maib					
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 313,00	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. O valor, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e o(s) valor(s) realizado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, 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 08/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/2011	52-Data, local e Assinatura da Empresa 08/04/2011
---	---	--

IM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ-07.862.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307