

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4/12/11		4-Data de Autorização 12/7/10 4/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8512921		7-Data Validade da Senha 12/2/10 7/12/11		531414 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020202525307100022503		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 VINICIUS GREGORIO ROSSO		14-Telefone () -		15-Data 26/09/2012		16-Data / /		17-Data / /		15-Nome do titular do plano FABRICIO ROSSO			
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		25-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014118182489147		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		29-Código CBO S			
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	
1-0018100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78100		0000		0000		37-Valor	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão 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\$		49-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /		1-Tratamento Odontológico		3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcela		178100		0000		0000	

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 12/10/10 12/11 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 12/11	

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