



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/14/10/19/12/21

4-Data de Autorização
11/14/10/19/12/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10357336

7-Data Validade da Senha
11/13/11/12/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020252530711000533011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ELIANES A REVESTIMENTOS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCAS TESSAROLI BRAVO

07/12/1983

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
LUCAS TESSAROLI BRAVO

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

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
078626150001176

22-Nome do Contratado Executante
MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

23-Número no CRO
8307

24-UF
SC

25-Código CNES
6725236

Enviar - RX
(11) 81000405

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-Taboia	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	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			11/10/19/12/21		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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
78,00

47-Valor Total R\$

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/19/12/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/19/12/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/19/12/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/19/12/21

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