

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

489697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 03/03/2011		4-Data de Autorização 09/03/2011		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8350509		7-Data Validade da Sentença 01/06/2011	
Dados do Beneficiário						12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
8-Número da Carteira 002025307100054901						11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome JONAS JOSE DE BRIDA						15-Nome do titular do plano JONAS JOSE DE BRIDA					
16-Atendimento a RN N						18-Número no CRO 8307					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM						19-UF SC					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418248947						20-Código CBO S 09					
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS						24-UF SC					
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS						25-Código CNES 8307					
27-Número no CRO 8307						28-UF SC					
29-Código CBO S 8307						30-UF SC					
31-Código do Procedimento						32-Descrição					
33-Quantidade US						34-Face					
35-Qtd						36-Quantidade US					
37-Valor						38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut						40-Data de Realização					
41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura						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-Observação					

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(ram) realizado(s) com o 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/03/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 09/03/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011	
---	--	--	--	---	--	---	--

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