

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

420074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/06/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/09/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8057967	7-Data Validade da Senha 11/14/10 12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202525307100000301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE DOS SANTOS					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano JOSE DOS SANTOS					

16-Alendimento a RN ODONTOIMAGEM		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	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	30-Código CNES
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 Glosa 42-Assinatura
1-0	0181001405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00		11/11/10	X JOSE
2-0	018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00	0,00		11/11/10	X JOSE
3-0	018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00	0,00		11/11/10	X JOSE
4-0	018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00	0,00		11/11/10	X JOSE
5-0	018100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00	0,00		11/11/10	X JOSE
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Alendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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. Dedaro, 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 11/09/11 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/11 11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/11 11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/11 11/12/10	54-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/11 11/12/10
---------------	--	--	--	--	--

Dr. Mariana F. Medeiros
CNPJ 07.852.515/0001-70