



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8130922	7-Data Validade da Senha 09/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253071000080202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome MARIA EDUARDA ZANELATTO MAFFIOLETTI	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano IVANIR ZANELATTO MAFFIOLETTI			
Dados do Profissional Solicitante					
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 Enviar - RX (I) 81000405
Dados do Contratado Executante					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	
Dados do Profissional Executante					
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-Dentista/Região	34-Faixa	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00		0,00		11/11/2012	Xlogica
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 178,00	47-Valor Total R\$ 178,00	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. 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 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---	---	---	---