



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Transmitida para você sorrir

1350093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 10/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10925144	7-Data Validade da Senha 12/05/2015
8-Número da Carteira 00202520538600012204					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa BORGES SILVA SERVICOS DE					
11-Data Validade da Carteira					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JOAO GABRIEL DE MEDEIROS FERNANDES					
14-Telefone					
15-Data Validade da Carteira					
16-Nome do titular do plano ESTELIMAR NASCIMENTO DE MEDEIROS					

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 107862615000176					
22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA					
23-Número no CRO 8307					
24-UF SC					
25-Código CNES 6725236					
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			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00		0,00		10/03/2013	
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\$
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	381,00	0,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	09/03/2013	09/03/2013	09/03/2013	09/03/2013

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