



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/8/1015/12/31	4-Data de Autorização 11/8/1015/12/31	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11231488	7-Data Validade da Serinha 11/6/1018/12/31	1454737 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-------------------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 01020252530690001185011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome FABIANO DA ROSA	15/08/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIANO DA ROSA
----------------------------	------------	------------------------------	--

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17862611500011761	22-Nome do Contratado Executante MM RAI0 X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC
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		38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
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			

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
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	11/12/10
2-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	11/12/10	11/12/10	11/12/10	11/12/10
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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-Total	2-Parcial	28,00	0,00	0,00	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 12/3/1015/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/1015/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/1015/12/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/1015/12/12
MM RAI0 X - Radiologia Odontológica Ltda. CNPJ 07.862.615/0001-76		Dra Mariana F. Medeiros Responsável Técnica - CRO 8307	