



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

498761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2013	4-Data de Autorização 11/08/2013	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8385209	7-Data Validade da Sineta 11/03/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202525307101000355011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome JORDANA PERDONA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JORDANA PERDONA	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307
19-JUF SC	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411818248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-JUF SC
25-Código CNES (I) 81000375-RPE	26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-JUF SC	29-Código CBO S	30-JUF SC
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0001348	31-Código do Procedimento DOC ORTODONTICA "E"	32-Descrição RX INTERPROXIMAL - BITE- RX INTERPROXIMAL - BITE- RX INTERPROXIMAL - BITE-	33-Dente/Região 111131310001 1111410001 1111410001	34-Face RPE RPD	35-Qtd 1 1 1
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Totl Franquia / Co-participação R\$
45-1-Tratamento Odontológico	46-2-Exame Radiológico	47-3-Ortodontia	48-4-Urgência/Emergência	49-5-Total	50-6-Parcial

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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) real(izad)o(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, o(s) profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/08/2013/11/11

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
11/08/2013/11/11

52-Data, local e Assinatura do Profissional (Responsável)
11/08/2013/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/08/2013/11/11

IM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.962.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307