



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10442116	7-Data Validade da Senha 03/01/2013	1172892 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202550918300000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UFO WAY DENIM BRASIL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JUCELIA ROCHA FERNANDES CARDOSO	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano JUCELIA ROCHA FERNANDES CARDOSO
--	----------------------	--

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	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAILO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA 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

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	181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			11/11/2012		Jucelia
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 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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 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 Jucelia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---	---	---	---

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