



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

420068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		4-Data de Autorização 12/01/2011		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8057927		7-Data Validade da Sineta 14/10/2012	
8-Número da Carteira 000202523071000465011										11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	
13-Nome JOSE FRANCISCO RAMOS DE JESUS										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Telefone ()										15-Nome do titular do plano JOSE FRANCISCO RAMOS DE JESUS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		25 - Faturar Empresa	
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 GNES		Enviar - RX () 81000375-RPE () 81000375-RME () 81000375-RPD () 81000405 () 81000375-RMD	
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	
1-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPE		1400		000		37-Valor	
2-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPD		1400		000		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RMD		1400		000		40-Data de Realização	
4-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RME		1400		000		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
5-000181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				7800		000			
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\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		13400		0000			

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 q(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 Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
12/01/2011		12/01/2011		12/01/2011	

Dr. Mariana C. Medeiros