



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 15/12/13	4-Data de Autorização 11/06/10 15/12/13	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11220197	7-Data Validade da Seria 11/04/10 18/12/13	1451009 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021527219910101345011	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DAIANE CRISTINA SCHUTZ RIBEIRO	26/08/2001	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA SCHUTZ RIBEIRO
---	------------	------------------------------	---

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
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17186261501011761	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 6725236	Enviar - RX (1) 81000405 (1) 81000375-RME (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RPE (1) 81000375-RPD
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------	---

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
---	--------------------------	-------------	-----------------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			11	78,00	0,00		11	19/05/12	31	Daiane
2-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		11	14,00	0,00		11	19/05/12	31	Daiane
3-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		11	14,00	0,00		11	19/05/12	31	Daiane
4-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		11	14,00	0,00		11	19/05/12	31	Daiane
5-000811000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		11	14,00	0,00		11	19/05/12	31	Daiane
6-000811000375												
7-000811000375												
8-000811000375												
9-000811000375												
10-000811000375												
11-000811000375												
12-000811000375												
13-000811000375												
14-000811000375												
15-000811000375												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 1134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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 11/09/10 15/12/13	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 15/12/13	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Daiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/10 15/12/13
--	--	---	--