



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 6/12/21 4-Data de Autorização 10/09/10 6/12/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9999310 7-Data Validade da Senha 10/17/10 9/12/21 1014513 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 9 0 0 0 0 8 4 0 2 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JESSICA COSTA GARCIA 14-Teléfono 07/05/1987 15-Nome do titular do plano DIEGO DE OLIVEIRA GOULART

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM 18-Número no CRO 8307 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 7 8 6 2 6 1 5 0 0 0 1 7 6 22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA 23-Número no CRO 8307 24-UF SC 25-Código CNES 6725236 26-Envio - RX 27-Número no CRO 8307 28-UF SC 29-Código CBO S 6725236 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura MARIANA FERREIRA MEDEIROS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,80	0,00			10/06/12		
2-000	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			10/06/12		
3-000	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00			10/06/12		
4-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			10/06/12		
5-000	81000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			10/06/12		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

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 134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro que a(s) ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente, a arcar com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, não tenham sido realizados, por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu(s) consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a faturar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, que assina esse documento, os valores referenciados 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 12/11/06/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/06/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/06/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/06/12

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