



Facilitadora para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



542647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 05/12/11	4-Data de Autorização 11/11/10 15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8554676	7-Data Validade da Senha 03/10/08/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/02 15/25/30 710/0022 5022	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TARCIANA GREGORIO	14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano FABRICIO ROSSO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041182481947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	24-UF SC	25-Código CNES
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				35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Registo	34-Face						
1-001345		DOC ORTODONTICA "A"	1		1	381,00	0,00		14/10/11	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 381,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 14/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/11
---------------	---	---	---	---

8410-X Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307