



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2015	4-Data de Autorização 11/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11224476	7-Data Validade da Senha 11/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1452412
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202525306900027302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome REJANE ROSSO DAL PONT	03/11/1967	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZMAR BERNARDO
----------------------------------	------------	------------------------------	---

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 7862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 6725236	Enviar - RX (1) 81000421-RIS
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	(1) 81000421-RPSE
---	--------------------------	-------------	-----------------	-------------------

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	081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00		S	22/05/23		
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00		S	22/05/23		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
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\$												

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 e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/05/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/03/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/03/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/21/03/23
--	--	--	--

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda
CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307