



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 10/7/10 12/12/15		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13508747		7-Data Validade da Senha 10/8/10 15/12/15		2202189 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020250112343001064011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANE GUILHERME				14-Telefone (11) 1111111111		15-Nome do titular do plano FABIANE GUILHERME					
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 Enviar - RX (1) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0786261500011716		22-Nome do Contratado Executante MM RAO-X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA									
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES 6725236		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-		RMD		11		14		00	
2-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPD		11		14		00	
3-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RPE		11		14		00	
4-000181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-		RME		11		14		00	
5-000181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				11		78		00	
6-000181000405											
7-000181000405											
8-000181000405											
9-000181000405											
10-000181000405											
11-000181000405											
12-000181000405											
13-000181000405											
14-000181000405											
15-000181000405											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 134000		47-Valor Total R\$ 1111021215		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111021215	

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(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
11/11/10 12/12/15

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/10 12/12/15

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/10 12/12/15

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