



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 11/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11139057	7-Data Validade da Senha 12/03/2017	1423192 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025347995000000301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ////
--	--------------------------------	---	--------------------------------------	---

13-Nome

AGNALDO ROSSO GHEDIN	17/03/1983	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AGNALDO ROSSO GHEDIN
----------------------	------------	----------------------	---

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 17862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAI0 X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 6725236	Enviar - RX (1) 81000405
---	--	--------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

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

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
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			11/05/2013		<i>Mariana F. Medeiros</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

MM RAI0 X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/05/2013	11/05/2013	11/05/2013	11/05/2013	11/05/2013
------------	------------	------------	------------	------------

Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307