



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 12/05/2014	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8245188	7-Data Validade da Sineta 12/08/2014	464532 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020202525307100020902	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		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome JOELMA MENDES DEMBOSKI FURMANSKI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALANIO FURMANSKI				
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	21-Código CNES 24-UF SC	22-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411882489147	24-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	25-Número no CRO 8307	26-UF SC	27-Código CBO S 8307		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	29-Número no CRO 8307	30-Valor 37	31-Quantidade US 1	32-Data de Realização 12/05/2014	33-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x-joelma
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-0018100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Valor 78,00	40-Data de Realização 12/05/2014
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento 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 78,00						
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(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), coliform realiza- (s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autori- a Operadora a pagar em 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 12/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2014
---------------	---	---	---	---

Dr. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307