



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

487797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2013	4-Data de Autorização 09/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8342636	7-Data Validade da Senha 30/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020202534799500009501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A FILIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS MASSAYUKI MIAMOTO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCOS MASSAYUKI MIAMOTO	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	

17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411882148947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	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	30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
---	--------------------------	-------------	-----------------------	--	---	--------------------------	-------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	---

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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	010181001421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	1	09/10/2013		
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, o 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 09/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2013
---------------	---	---	---	---

MM RATO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.616/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307