

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	4-Data de Autorização 12/06/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8041113	7-Data Validade da Senha 09/10/12 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025253071000068102	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 GABRIELE DA SOLER VIEIRA	14-Telefone (11) 983812783	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11	18-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Admissão a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-JF SC	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041818248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-JF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-JF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fee	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	00081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	78100	0	0	0	0	0	0	0	0
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 11/11/11 11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/12/01	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11 11/12/01	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/11/11 11/12/01
---------------	--	--	--	---	---