

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

413162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/11	4-Data de Autorização 19/11/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8028559	7-Data Validade da Sentença 04/02/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0202025253069000119011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANE DA BOIT BAUER					
14-Telefone ()					
15-Nome do titular do plano CRISTIANE DA BOIT BAUER					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN	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 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307	24-UF SC	Enviar - RX () 81000375-RME () 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307		28-UF SC	29-Código CBO S	() 81000375-RPE () 81000375-RPD

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	43-Data Prevista 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\$
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1	14,00	0,00		5/11/20	200					56,00	0,00
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1	14,00	0,00		5/11/20	200						
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1	14,00	0,00		5/11/20	200						
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1	14,00	0,00		5/11/20	200						
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

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), (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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---