



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



542432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/2011	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8553992	7-Data Validade da Sanha 03/08/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525307100000501	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS		
11-Data Validade da Carteira 00/00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JOAO BATISTA FURLAN		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	21-Data Validade da Carteira 00/00/00/00
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04181248947		23-Número no CRO 8307		24-UF SC	
25-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		26-Número no CRO 8307		27-UF SC	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-000810100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 178000
2-000810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME			0000
3-000810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE			0000
4-000810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD			0000
5-000810100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD			0000
6-000000000000					
7-000000000000					
8-000000000000					
9-000000000000					
10-000000000000					
11-000000000000					
12-000000000000					
13-000000000000					
14-000000000000					
15-000000000000					
43-Data Previsão Término do Tratamento 00/00/00/00					
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 113400					
47-Valor Total R\$ 00000000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000					

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/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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/05/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/2011

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/05/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/05/2011

54-Data, local e Carimbo da Empresa
11/05/2011

55-Data, local e Carimbo da Empresa
11/05/2011

Dr. Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307

Dr. Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307

Dr. Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307